

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N°

304

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1889, à 1 heure

Par STEFAN PANDELE

Né le 11 avril 1861, à Braïla (Roumanie)

DE L'HÉMORRHAGIE

DANS LES CAS DE PLACENTA PRÆVIA

LORSQUE LE FŒTUS EST MORT ET MACÉRÉ

Président : M. DAMASCHINO, professeur.

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
BUDIN, CHAUFFARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N°

304

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juillet 1889, à 1 heure

Par STEFAN PANDELE

Né le 11 avril 1861, à Braïla (Roumanie)

DE L'HÉMORRHAGIE

DANS LES CAS DE PLACENTA PRÆVIA

LORSQUE LE FŒTUS EST MORT ET MACÉRÉ

Président : M. DAMASCHINO, professeur.

*Juges : MM. { HAYEM, professeur.
BUDIN, CHAUFFARD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

OLLIER-HENRY, LIBRAIRE-ÉDITEUR

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 11, 13

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO.
	DIEULAFOY
	GUYON.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	RICHEL.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOUD
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMASCHINO

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ENFIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Attaché à l'Hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine
Chargé de la Clinique d'ophtalmologie

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRÉLAT

A MON MEILLEUR AMI

JEAN DJUVARA

Souvenirs affectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Membre de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAMASCHINO

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital Laënnec
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur à l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TRELAT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien à l'hôpital de la Charité
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'hôpital de la Charité
Officier de la Légion d'honneur

DE
L'HÉMORRHAGIE

DANS LES CAS DE PLACENTA PRÆVIA

Lorsque le fœtus est mort et macéré

INTRODUCTION

L'hémorrhagie est la complication la plus fréquente et la plus grave, qui accompagne l'insertion vicieuse du placenta. Elle coûte souvent la vie à l'enfant et quelquefois à la mère.

L'enfant mort, l'hémorrhagie s'arrête-t-elle ? La mère est-elle à l'abri du danger ?

La question est importante ; elle a été agitée et résolue autrefois par l'affirmative.

On pensait avec Moreau, que le fœtus mort, il se produisait dans l'utérus, une cessation de la circulation utéro-placentaire, un arrêt de l'hémorrhagie, et l'on en fournissait des exemples. Ces exemples étaient vrais ; mais n'étaient pas justement interprétés.

Le fœtus était mort, l'hémorrhagie s'arrêtait, ces deux faits n'étaient pas contestables. Mais étaient-ils la conséquence l'un de l'autre ? On ne le croit plus aujourd'hui. On ne le croit plus parce qu'on connaît mieux l'anatomie et la physiologie du placenta. On sait l'indépendance des circulations maternelle et fœtal, l'arrêt de la seconde n'entraînant pas l'arrêt de la première.

En deuxième lieu, les faits ne sont pas rares où l'on voit, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, l'hémorrhagie se reproduire après la mort du fœtus.

Aussi à l'heure actuelle, le procès de cette ancienne théorie n'est plus à faire. Les faits eux-mêmes sont venus la détruire. Mais ces faits sont épars; il nous a paru intéressant d'en rassembler un certain nombre, de les opposer aux observations sur lesquelles reposait la théorie de Moreau : « *le fœtus mort, l'hémorrhagie cesse, dans les cas de placenta prævia* ».

Ce sont les pièces du procès, un véritable dossier, que nous avons eu l'intention d'établir. Notre travail comprendra :

1° Une étude rapide sur les diverses théories expliquant le mécanisme de l'hémorrhagie, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta et surtout la théorie de l'hémorrhagie inévitable.

2° L'exposé de la théorie de Moreau.

3° L'énumération des causes, qui peuvent arrêter l'hémorrhagie, ou la prévenir en cas de placenta prævia, sans faire intervenir la mort du fœtus.

4° Les modifications observées dans la circulation utéro-placentaire, à la mort du fœtus.

5° Des faits cliniques démontrant que l'hémorrhagie peut se produire, dans les cas de placenta prævia, malgré la mort du fœtus.

Parmi ces observations, il en est deux inédites. L'une est personnelle, prise dans le service du Dr Budin, à la Charité ; l'autre observation est due à l'obligeance de notre maître, le Dr Budin, qui a bien voulu nous inspirer et nous diriger dans ce travail. Qu'il nous permette de lui adresser, ici, l'expression de notre profonde reconnaissance, pour les bons conseils et les savantes leçons, qu'il n'a cessé de nous prodiguer, pendant tout le temps que nous avons passé dans son service.

Nous devons à l'obligeance de Madame Henry, sage-femme en chef à la Maternité, plusieurs observations intéressantes, qu'elle a bien voulu nous laisser rechercher dans les *Archives de la Maternité*. Nous la prions d'accepter tous nos remerciements, pour son bienveillant accueil.

L'HÉMORRHAGIE INÉVITABLE.

Lorsque l'hémorrhagie observée dans les cas de placenta prævia, ne fut plus considérée, comme inévitable, de nouvelles théories s'élevèrent, pour expliquer son absence, ou son arrêt. Parmi les causes invoquées, la mort du fœtus tient une grande place dans l'opinion des auteurs. Nous allons discuter, faits en mains, cette influence, dans les chapitres suivants. Mais il nous paraît indispensable, avant d'entrer dans cette étude, de rappeler le chemin parcouru par la question, du mécanisme par lequel se produit l'hémorrhagie.

Avant d'étudier les causes, qui veulent expliquer l'arrêt de l'hémorrhagie, il est peut-être bon d'étudier, les causes invoquées de sa production.

Du reste, ces deux points de la question sont intimement unis l'un à l'autre et se rattachent tous deux à l'étude de l'anatomie et de la physiologie placentaire.

Pendant longtemps, et il y a peu d'années encore, le placenta était considéré comme le lieu de réunion, d'aboutissement des vaisseaux maternels et fœtaux.

Une solution de continuité, quelconque du système

vasculaire, devait entraîner une hémorrhagie, une saignée commune à la mère et au fœtus.

Aujourd'hui cette opinion, n'est plus admise par personne. Ruysch, avait déjà remarqué qu'une injection ne passe pas, des vaisseaux de la mère, dans ceux du fœtus. Vrisberg, avait noté l'absence d'hémorrhagie à la surface du placenta, lorsque l'enfant est expulsé avec l'œuf entier, lorsque Bonamy fit ses injections et constata qu'elles ne passaient pas des vaisseaux de la mère, dans ceux du fœtus.

Les expériences faites par l'inoculation de microbes vinrent encore démontrer l'indépendance des deux circulations. Toutefois, faisons remarquer que cette dernière preuve n'est pas absolue, puisque la transmission intraplacentaire des affections microbiennes est aujourd'hui admise, sous des conditions spéciales, et non encore complètement élucidées. Mais un fait absolument établi, c'est l'indépendance des deux systèmes vasculaires, et par suite des deux circulations, maternelle et fœtale, qui affectent des rapports de contiguité, et non pas des rapports de continuité. Or le siège de ces rapports de contiguité se trouve dans le placenta. Si, sous l'influence d'un décollement du placenta, les vaisseaux fœtaux sont déchirés, ils peuvent saigner; mais l'hémorrhagie est surtout fournie par la mère, et si le fœtus succombe, c'est plutôt par asphyxie que par hémorrhagie et anémie.

Voici ce que dit Depaul (1) à ce sujet :

« Ces décollements partiels et répétés, d'une portion

1. Depaul. *Cliniq. obst.*, p. 632.

« plus ou moins grande du placenta, ont pour résultat de
« diminuer graduellement pour l'enfant la nutrition qui
« se fait par l'intermédiaire de cet organe. De plus, si
« vous aviez présente à l'esprit l'anatomie du placenta,
« vous repousseriez avec raison l'opinion qui tend à
« admettre que le fœtus meurt habituellement par hémor-
« rhagie; car cela ne peut avoir lieu que quand il y a
« des déchirures, et par suite des lésions des vaisseaux
« ombilicaux ou de leurs ramifications. Mais, en réalité,
« la masse placentaire reste intacte le plus souvent;
« alors surtout qu'aucune manœuvre a été tentée, et l'on
« peut s'assurer après son expulsion qu'aucune partie
« n'a été lésée. Car en poussant une injection aussi pé-
« nétrante que possible, par les vaisseaux ombilicaux,
« il ne s'échappe à l'extérieur aucun trace du liquide
« injecté, ce qui prouve que le sang fœtal n'aurait pu
« lui-même s'épancher.....

« La vérité est que le fœtus meurt par asphyxie; brus-
« quement, quand la majeure partie du délivre est décol-
« lée, lors de la première hémorrhagie; graduellement,
« quand peu à peu sous l'influence des décollements suc-
« cessifs, il ne reste plus à l'enfant qu'une portion in-
« suffisante du placenta, qui fonctionne, et qui ne peut
« plus permettre un échange suffisant entre la mère et
« lui pour entretenir la vie ».

Portal le premier, remarqua l'insertion vicieuse du pla-
centa, sur les parties inférieures de la matrice. Levret
nota que cette insertion s'accompagnait fatalement d'hé-
morrhagie; il déclara que dans ces cas l'hémorrhagie était
inévitabile. Le col de la matrice s'ouvrant, le placenta in-

séré à son niveau, celui-ci devait être déchiré, et devait nécessairement saigner.

Depuis Leyret d'autres théories ont pris naissance sur le mécanisme de l'hémorrhagie. On a dit que le placenta se trouvant inséré sur les parties inférieures de la matrice, il ne pouvait suivre le segment inférieur dans le développement que celui-ci subit dans les derniers mois de la grossesse, chez les primipares en particulier. Le placenta alors tirailé se décolle, et l'hémorrhagie se produit.

Barnes émit une théorie, pour ainsi dire inverse. En effet selon cet auteur, c'est le placenta qui subit une augmentation de volume, augmentation dans laquelle le segment inférieur ne suit pas le placenta. Alors celui-ci se déchire, d'où hémorrhagie.

Quel que soit le mécanisme du décollement, c'est à lui qu'est dû l'hémorrhagie.

Mais d'où vient le sang ?

Sort-il des vaisseaux utérins, ou des vaisseaux placentaires ? Ceci se rattache directement à notre sujet.

Il n'est pas douteux qu'à l'époque où l'on croyait à la continuité des systèmes vasculaires, maternel et fœtal, on ne dût penser à la part prise par le fœtus à l'hémorrhagie, qui causait généralement sa mort croyait-on.

Mais on n'a jamais songé à mettre sur le compte du fœtus ces hémorrhagies abondantes, pouvant atteindre en quantité plusieurs litres. Il fallait évidemment qu'une telle quantité fut fournie par la mère, par les vaisseaux utérins. Et à ce sujet il existe deux théories : les vaisseaux de la matrice peuvent saigner soit au ras de la sur-

face interne de la matrice, soit dans leur trajet intra-placentaire.

Cette dernière, reprise par Simpson et soutenue avant lui par Rawlins d'Oxford, Hamilton, Kinder Wood, Radford, à savoir que dans la plupart des exemples l'hémorrhagie vient de la surface placentaire.

« Lorsqu'une petite portion du placenta est décollée, dit Simpson (1), il arrive parfois que l'hémorrhagie consécutive est par moment assez considérable pour être dangereuse et même fatale. L'on peut aisément concevoir comment la perte sera quelquefois plus abondante quand le décollement du placenta est faible que lorsqu'il est étendu.

« En effet, la quantité de sang passant par les vaisseaux, de la partie matérielle de l'organe, et par conséquent la quantité susceptible de s'échapper par la surface décollée, dépendra à quelques égards de l'étendue des connexions vasculaires qui persistent entre lui et l'utérus ».

« Tout décollement nouveau tendra plutôt à diminuer l'écoulement : car il entrera moins de sang dans le placenta, le nombre des conduits qui l'y mène se trouvant diminué. »

Les connexions vasculaires dont parle Simpson sont des plus importantes.

L'afflux sanguin est considérable, et la circulation continue dans les parties non détachées du placenta ; mais l'hémorrhagie est fournie par les orifices béants, lais-

1. Simpson. *Clinique obstétricale*. Trad. Chantreuil, 1874, p. 198.

« sés à la surface du placenta lui-même. *Détachez entièrement le placenta de l'utérus*; et alors vous modifiez le cours de la circulation utéro-placentaire, comme vous avez du même coup supprimé le but physiologique.

« Le sang dans les vaisseaux, n'est plus attiré par le *système capillaire maternel du placenta* ».

Robert Lee, cité par Barnes, répond à cette théorie en disant : « comment donc se produit cette hémorrhagie furi-
« rieuse, lorsque le placenta, est dans le vase, sous le lit ».

Simpson érigea en méthode de traitement l'arrachement du placenta.

Guillemeau (1) avait déjà donné ce conseil, mais il y avait été conduit par une théorie différente : « Le moyen
« le plus sûr et le plus convenable de secourir une femme,
« lorsque le placenta se présente à l'orifice est de *la déli-*
« *vrer soudainement*. C'est là ce qu'il y a de plus néces-
« saire, parce qu'il se produit ordinairement, un flux de
« sang régulier, dû à ce que les orifices des veines situées
« dans les parois de l'utérus (celles auxquelles le placenta
« était uni) sont béants; et l'utérus se contractant pour
« expulser l'enfant, fait jaillir le sang contenu dans ces
« vaisseaux, où il est attiré par la chaleur et la douleur ».

Pour Simpson, lui-même, bien que l'hémorrhagie soit placentaire, elle est maternelle : la mère fournit le sang de l'hémorrhagie, et ce sang vient bien de l'utérus, si on se rappelle les arguments fournis plus haut par Depaul. (voir page 9).

1. Guillemeau (Ch): *De la grossesse et accouchement des femmes*, 1571, page 231.

On peut encore citer à l'appui de cela, l'observation de Mackensie, qui sur une chienne pleine, dont l'utérus avait été ouvert, alors que le placenta était partiellement décollé; on put voir le sang s'échapper, non par la surface placentaire, mais par la surface utérine. De même les observations de Legroux, qui montrent du sang frais sur la surface utérine des placentas putréfiés, confirment le fait de l'hémorrhagie maternelle.

Quoiqu'il en soit Levrêt et Rigby avaient soutenu que l'hémorrhagie était inévitable. Ce fut bientôt l'opinion générale, et les mots « *hémorrhagie inévitable* » furent répétés pendant un demi-siècle et par les plus illustres, pour n'en citer que deux : Baudelocque et Gardien. Selon l'expression de ce dernier auteur dans les cas d'insertion vicieuse du placenta « l'hémorrhagie est de l'essence même de la grossesse » elle est inévitable pendant le travail.

Donc, dans cette période de l'hémorrhagie inévitable, la question de l'influence de la vie, ou de la mort du fœtus, sur l'hémorrhagie ne pouvait être agitée; puisque rien ne pouvait arrêter celle-ci.

Le 5 mars 1816, Mercier vient lire à la société de Médecine de Paris, un mémoire intitulé : « *Les accouchements, où le placenta se trouve opposé sur le col de la matrice, sont-ils constamment accompagnés d'hémorrhagie?* »

Ce travail contenait deux observations, dans l'une, la femme n'avait jamais eu d'hémorrhagie; elle expulsa avec une perte de sang « de quelques cuillerées » un placenta prævia, alors que l'enfant restait dans la matrice, d'où il était extrait avec le forceps. Dans le second cas, une femme

ayant un placenta sensible par le toucher, à l'orifice de la matrice, accoucha d'un enfant vivant, se présentant par le siège. La seule hémorrhagie constatée dans ce cas, fut un flot de sang, qui suivit l'expulsion et s'arrêta aussitôt.

Ce travail, ouvrait une ère nouvelle, par les observations et les commentaires qui l'accompagnaient. Mercier attaquant l'inviolabilité de la loi de l'hémorrhagie inévitable.

Puisque l'hémorrhagie n'était plus fatale, on allait se demander pourquoi ? On allait chercher les causes qui pouvaient empêcher ou arrêter l'hémorrhagie, pour en arriver à la réponse de Moreau ; *la mort du fœtus*.

Mercier, le premier posait la question, en rappelant que Baudelocque, partisan si convaincu de la théorie, de l'hémorrhagie inévitable, avait rencontré un cas, où la perte avait cessé complètement après l'écoulement des eaux. Mercier s'étonne que Baudelocque n'ait fait suivre son observation d'aucune réflexion, se contentant de dire que cette observation ne pouvait faire loi. Du reste, ce fait de la cessation de l'hémorrhagie, à la rupture des membranes avait déjà été constaté par Puzos, qui l'avait érigé en méthode de traitement, pour hâter la terminaison de l'accouchement dans les cas de placenta prævia. Mercier dans le cas de Baudelocque pense que, on peut rapporter l'arrêt de l'hémorrhagie aux contractions de la matrice, après l'écoulement des eaux. Il cite ensuite un cas semblable de Walter ; pour cet auteur, l'hémorrhagie peut ne pas avoir lieu, grâce aux nombreuses anastomoses, qui existent entre les artères et les veines de l'utérus, anastomoses permettant à la circulation de con-

tinuer son cours, sans se rendre dans les parties décollées et ouvertes du placenta.

Mercier, ne voit pas la raison qui détourne « le fluide des orifices exhalants, qui l'empêche de les aborder et de les traverser, comme il le faisait auparavant ».

Malgré les idées communément adoptées à l'époque, sur la communication des circulations maternelle et fœtale, Mercier pour combattre la théorie de Walter, émet une idée qui pouvait alors être qualifiée d'audacieuse. Il croit que : « le placenta n'adhère à la matrice, que par apposition ou par contiguité immédiate : que ce viscère fournit le sang nécessaire à la nutrition et à l'accroissement de l'œuf par une exhalation réelle, et que les radicules de la veine ombilicale, disséminées sur la convexité du placenta, prennent ce fluide par absorption ».

Quand l'hémorrhagie s'arrête, c'est que par suite d'une perversion de la sensibilité des vaisseaux utérins, ceux-ci se contractent et l'écoulement s'arrête.

II

LA THÉORIE DE MOREAU.

Les observations de Mercier éveillèrent l'attention des accoucheurs, et de nombreux cas de placenta prævia furent signalés, dans lesquels on n'avait pas constaté d'hémorrhagie (Baudelocque, Chapman, Pardigon, Gendrin, Hewit, Irvine, Velpeau). Les raisons données par Mercier et par Walter pour expliquer l'arrêt de l'hémorrhagie, n'avaient pas rallié de nombreux partisans. Alors Moreau, analysant les cas signalés remarqua, que dans la plupart de ces observations l'enfant était mort ; et il songea à rattacher l'un à l'autre ces deux faits ; la mort du fœtus et la cessation de l'hémorrhagie : « Dès que le fœtus, disait Moreau (1), a succombé dans la matrice, il survient, dans la circulation de cet organe, des changements nécessités par la cessation de la circulation fœtale. Ordinairement la circulation utéro-placentaire cesse d'avoir lieu. Le sang arrêté dans les vaisseaux s'y coagule ; ceux-ci se ressèrent et s'oblitérent même ; il

1. Ce passage se trouve dans la thèse de Cazeaux, sans indication bibliographique.

« n'arrive plus à la matrice que le sang nécessaire à sa
« nutrition, le stimulus qui en appelait une plus grande
« quantité n'existe plus. Les choses se passent ainsi, dès
« que le fœtus est mort, quel que soit le point d'adhé-
« rence du placenta, et c'est pour cela que la dilatation
« de l'orifice peut se faire sans hémorrhagie, quoique les
« vaisseaux qui unissent ses bords au placenta soient
« déchirés ».

Cazeaux dans sa thèse pense : « que la présence du placenta sur le col, n'est pas toujours pendant le travail de l'enfantement, une cause nécessaire d'hémorrhagie ; et il considère l'explication donnée par Moreau comme la meilleure ».

Cazeaux dans son *Traité d'accouchement*, expose de nouveau la théorie de Moreau, mais ne l'accepte que d'une façon restrictive ; son opinion lui paraît admissible au moins pour quelques cas ».

Les observations sur lesquelles cette théorie reposait, étaient vraies. L'hémorrhagie n'était pas inévitable ; et quelquefois, souvent même le fœtus mort, on n'avait pas d'hémorrhagie. Mais la théorie de Moreau devenait à son tour aussi exclusive que l'avait été celle de l'hémorrhagie inévitable. Car l'arrêt de l'hémorrhagie pouvait être attribué à d'autres causes que la mort du fœtus, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant.

Si nous étudions sa valeur, en elle-même, de la théorie de Moreau, nous voyons qu'elle repose sur des hypothèses qui méritaient une certaine créance, étant donné les idées que l'on possédait alors, sur les circulations maternelle et fœtale.

Comme nous l'avons dit plus haut (voyez page 8) on croyait alors que les vaisseaux de la mère et ceux du fœtus communiquaient dans le placenta. Le décollement de cet organe, amenait une solution de continuité vasculaire, à travers laquelle le fœtus et la mère saignaient en même temps. Cette saignée était rapidement mortelle pour le fœtus; et le fœtus mort, son cœur arrêté, sa circulation suspendue; la circulation placentaire devenait promptement languissante, n'étant plus activée par ce stimulus fourni par la circulation fœtale. Très rapidement ce sang se coagulait, bouchait les orifices de l'utérus, et l'hémorrhagie était conjurée.

Simpson, qui avait des idées spéciales sur le mécanisme de l'hémorrhagie; idées que nous avons déjà exposées (voyez page 11), croyait lui aussi, à l'influence de la mort du fœtus, dans certains cas, pour arrêter l'hémorrhagie.

En 1860, Moutet (1), professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, reprenait les idées de Moreau, dans une leçon sur « l'influence de la mort du fœtus dans la cessation des hémorrhagies, dues à l'insertion vicieuse du placenta ». Nous donnons son observation *in extenso* afin de pouvoir mieux en discuter l'interprétation.

1. *Moniteur des sciences médicales*, 1860.

OBSERVATION

Insertion du placenta sur le col de l'utérus. Hémorrhagie au huitième mois et à la fin du neuvième. Cessation spontanée de l'hémorrhagie avant le commencement du travail. Mort du fœtus. Terminaison naturelle de l'accouchement.

Le 24 février 1858, je fus appelé, à quatre heures, après midi, auprès de la femme B..., qui était déjà assistée de mon collègue M. Lascellière-Lafosse, pour un accident fort grave survenu depuis la veille.

Cette femme, âgée de 27 ans, d'un tempérament sanguin, et d'une assez vigoureuse constitution, était enceinte pour la quatrième fois ; elle avait dans ses précédentes couches, éprouvé quelques ennuis, bien différents d'ailleurs de l'accident actuel. Au huitième mois de sa grossesse, elle avait été atteinte d'une légère hémorrhagie qui s'était arrêtée spontanément et qui n'avait été l'occasion d'aucune exploration ; elle était, sans nouveau contretemps, parvenue à peu près à l'époque de la parturition.

La veille, un peu avant minuit, à la suite d'une émotion assez vive, une perte abondante se déclara et dura pendant près d'une heure ; mais la quantité ne put en être exactement évaluée, les traces en ayant été presque immédiatement supprimées. Le matin du 24 à 7 heures, l'hémorrhagie reparut avec une nouvelle intensité et engagea les parents de la femme, à faire prévenir son accoucheur M. Lafosse. A son arrivée, cet honorable confrère, constata que la perte avait pris des proportions inquiétantes ; il évalua à cinq ou six livres, la quantité du sang déjà répandue, et trouva sa malade dans un état de subdelirium, avec lipothymies, légers

mouvements convulsifs, petitesse et fréquence du pouls, pâleur et refroidissement, etc. ; cependant la perte s'était alors bien réduite ; le toucher vaginal lui fit reconnaître en arrière et à gauche, un corps mollassé et comme spongieux dans le col légèrement entr'ouvert. Il ordonna le repos, dans la position horizontale, la diète et la limonade sulfurique. Au moment où je me rendis, sur son invitation auprès de la patiente (quatre heures après midi) elle était en proie à de vives appréhensions ; le pouls était remarquable par sa fréquence et sa petitesse ; le visage entièrement décoloré, avait un fonds jaunâtre. L'écoulement sanguin, qui s'était à peu près arrêté vers midi semblait vouloir reparaitre depuis deux heures ; mais il n'avait pas encore dépassé les proportions d'un suintement sanguinolent.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontra à 6 centimètres de profondeur des caillots au centre desquels il pénétra avec la plus grande facilité ; mais je le retirai immédiatement du milieu de cette masse, pour n'en pas diminuer la consistance, et le dirigeant en arrière dans la concavité du sacrum, j'arrivai au col qui était à peine dilaté ; j'y rencontrai une tumeur molle et dépressible qui masquait entièrement les parties placées au-dessus et empêchait de reconnaître la nature de la présentation. L'abdomen était un peu oblique de droite à gauche : *on ne sentait aucun mouvement actif du fœtus, et depuis onze heures ou midi la femme affirmait très nettement n'en avoir plus eu la perception.*

Les bruits du cœur du fœtus ne s'entendaient dans aucun point, pas plus que le bruit du souffle. Au reste *le suintement sanguinolent*, presque insignifiant que j'ai noté *ne tarda pas à s'arrêter.* Les mêmes moyens furent continués ; nous y ajoutâmes uniquement une potion antispasmodique et narcotique et des onctions sur l'abdomen avec le baume tranquille.

Au commencement de la nuit, survint une légère agitation, qui fut bientôt suivie d'un sommeil calme. Le 25, à 4 heures du matin, un caillot volumineux se détacha. et vers 7 heures la femme si-

gnala quelques douleurs, fort éloignées et fort légères, qui, partant des reins, se portaient vers l'hypogastre. A 4 heures du soir, les douleurs se rapprochèrent, mais elles devinrent plus marquées et plus fréquentes vers 5 heures et demie. Du reste la perte n'avait pas reparu.

Vers 6 heures et demie, le pouls, qui jusqu'à ce moment était resté petit, rapide, fréquent, était plus fort et plus large, et ne différait pas sensiblement de celui des femmes en couches, à l'état normal. A 7 heures et demie, le toucher fit reconnaître une dilatation du col, de 3 centimètres de diamètre. En arrière et à gauche faisait saillie, une couche de caillots proéminants dans le vagin, et superposés à un corps mollassé, qu'ils cachaient en partie. En avant, au contraire, on distinguait une poche hémisphérique, tendue, pendant les contractions, et dépressible dans leur intervalle. Il était d'ailleurs impossible d'apprécier, encore, la présentation. Bientôt, un caillot volumineux, mais ancien, sortit par la vulve, sans être suivi d'aucun liquide. Les contractions se succédant, la poche des eaux se rompit à 8 heures et demie spontanément. Immédiatement nous touchâmes dans le vagin, une nouvelle poche, ou tumeur sphérique tendue, résistante, épaisse, à travers laquelle nous sentions fort imparfaitement des parties osseuses. Un quart d'heure après, la tête de l'enfant se présentait au détroit inférieur, se dégageait rapidement et se plaçait dans son mouvement de restitution dans la direction de la position occipito-cotyloïdienne gauche. L'enfant, du sexe masculin, était mort. La tête était fort volumineuse, les os *disjoints* très mobiles et le cuir chevelu fortement œdématié, en était comme détaché et séparé. La section du cordon ne fut suivie d'aucune espèce d'écoulement sanguin.

En suivant son bout placentaire, nous rencontrâmes à 6 centimètres environ dans le vagin, à gauche et en arrière, une portion du placenta recouverte par quelques caillots sanguins. Une légère trac-

tion suffit pour l'entraîner, et il fut immédiatement l'objet d'un examen attentif. Ce corps était oblong; son extrémité inférieure, celle que nous avions trouvée la première, dans le vagin, celle que nous touchions aussi avant le travail, offrait à sa face utérine, dans l'étendue d'une pièce de six francs, une infiltration sanguine jusqu'à une assez grande profondeur, et était recouverte de quelques caillots noirâtres; elle était plus turgescente, plus épaisse que le reste de ce corps. Dans toutes ses autres parties, celui-ci paraissait presque sec; il était *entièrement décoloré* et présentait sur sa face adhérente, des traces d'une séparation récente.

Les suites de l'accouchement furent très simples; les lochies furent presque nulles; la femme resta pendant quelque temps dans un état de faiblesse assez prononcé; elle éprouva même des douleurs névralgiques dans la cuisse droite. Mais un traitement où les toniques, les ferrugineux, les calmants furent combinés avec un régime fortifiant, amena, au bout de trois mois un retour complet à la santé.

Moutet fait suivre cette observation des réflexions suivantes: « en étudiant avec soin les divers détails, qui ont signalé la cause de l'interruption de cette complication (l'hémorrhagie), on constate un fait nouveau et fort important, qu'il est bon de mettre en lumière, pour que sa réalité donne à sa signification toute la valeur qu'il me paraît avoir dans l'espèce.

« La femme a fort exactement précisé l'instant où les mouvements du fœtus n'ont plus été perçus; à partir de cet instant l'écoulement a notablement diminué ».

Remarquons dès à présent, que si les indications données par la mère, sur les mouvements actifs du fœtus, ont une importance, elles ne sont pas suffisantes pour poser,

un diagnostic précis, certain de l'époque de la mort du fœtus ; car s'il vivait encore lors de ses derniers mouvements rien n'indique qu'il fût mort, alors que ses mouvements n'étaient plus perçus.

Cette remarque n'est faite qu'en passant, attendu que la mort du produit ne fut pas douteuse, puisque l'auscultation pratiquée, nous dit l'auteur, *plusieurs heures après*, ne permit de percevoir aucun battement.

« Nous voici donc amenés, ajoute Moutet, à établir une « relation intime entre cette mort et la fin de l'hémorrhagie, et à trouver le salut de la mère dans l'extinction « de la vie de l'enfant ».

Pourquoi établir une relation intime entre cette mort et la fin de l'hémorrhagie ? Ne peut-elle être due à une autre cause ?

Moutet invoque alors un « *molimen hémorrhagicum* » dont tous les accoucheurs, dit-il, sont d'accord à reconnaître l'existence. Parmi les conditions, ajoute-t-il, qui favorisent le plus ce mouvement fluxionnaire, en est-il une qui soit comparable au point de vue de l'énergie, à l'action du fœtus, sur la circulation, soit utérine, soit placentaire ?

Il n'est peut-être pas nécessaire de demander à l'auteur des preuves physiologiques de ce qu'il avance, puisqu'il nous dit plus loin : « la direction du sang de la mère « vers le produit n'est pas seulement le résultat d'une « sorte d'harmonie préétablie entre deux êtres intimement « unis quoique distincts... une attraction particulière « s'exerce sur toute la sphère génitale, et spécialement sur « les points qui maintiennent les deux têtes en rapport,

« au bénéfice du plus faible, qui devient d'autant plus exi-
« geant à cet égard qu'il s'individualise de plus en plus.
« Cette action attractive du fœtus, nous montre, sous son
« véritable jour, l'influence que peut avoir la mort du fœ-
« tus, sur la conservation de la mère, quand l'hémorrhage
« gie par insertion vicieuse du placenta prend des propor-
« tions inquiétantes. *En effet, du moment qu'il a cessé de*
« *vivre, cette sorte d'aspiration, dont je viens de parler,*
« *n'appelle plus une masse de sang aussi grande vers la*
« *matrice* ».

« L'utérus, selon lui, n'est plus congestionné, les vais-
« seaux utérins s'oblitérent. »

En résumé, le fait de Moutet, n'est pas *nouveau*, comme il le dit; il n'est qu'un écho de la théorie de Moreau. Il nous a paru intéressant de le rappeler avec la plupart de ses commentaires, parce qu'il est basé sur une observation très détaillée, et qui peut être discutée. De plus c'est le dernier travail, que l'on trouve dans la littérature médicale, ayant trait à cette influence heureuse de la mort du fœtus, sur le sort de l'hémorrhagie.

Les traits saillants de cette observation sont les suivants : placenta prævia, suivis d'hémorrhagie, puis la mort du fœtus survient et l'hémorrhagie s'arrête. Or ce fait, la mort du fœtus qui avait attiré l'attention de Moutet, et auquel il attache tant d'importance, peut être supprimé dans le titre de l'observation. Il reste alors : placenta prævia avec hémorrhagie, puis arrêt de l'hémorrhagie; et l'observation est un fait non rare.

En effet, à la théorie de Moreau reprise par Moutet, on peut opposer deux ordres de faits, à savoir :

1° Les cas de placenta prævia, où l'hémorrhagie continue, malgré la mort du fœtus.

2° Les cas de placenta prævia, où l'hémorrhagie cesse, alors que le fœtus continue à vivre.

Dans l'observation de Moutet, on peut mettre une date exacte, sur l'heure de l'arrêt de l'hémorrhagie. Il semble plus difficile de préciser d'après les données de l'observation, le moment précis où le fœtus est mort.

Pourtant, bien que nous ayons critiqué plus haut, les signes invoqués par Moutet, pour fixer l'époque de la mort du fœtus, (les mouvements perçus par la mère), nous croyons, étant donné la description qu'il fait du mort-né, que cette mort remontait à une époque plus ancienne que ne cherche à l'établir Moutet. En effet, il nous dit : « la tête était fort volumineuse, les os dis-
« joints, très mobiles, et le cuir chevelu fortement cede-
« matié, en était comme détaché et séparé ».

Quant à la question de « molimen hémorrhagicum » qui cesse après la mort du fœtus, il ne nous semble pas qu'on doive s'y arrêter, à ce point de notre travail.

Le « molimen » dont parle Moutet, ressemble trop au « stimulus » de Moreau, pour scinder la question et opposer les arguments à ces deux théories qui ne diffèrent point. Cela fera l'objet des chapitres suivants. De plus, dans l'observation de Moutet, on n'a pu, sauf à la fin du travail, peu de temps avant l'accouchement, s'assurer de la présentation, la partie fœtale étant masquée par le placenta. L'accouchement, nous dit-il, se termina par une présentation du sommet, en O. I. G. A. Il semble donc tout au moins probable, que la présentation sur la « na-

ture » de laquelle on ne pouvait obtenir de renseignements, était même à ce moment là, une présentation du sommet, et avec les idées que l'on a aujourd'hui sur le sort de l'hémorrhagie, dans le cas de placenta prævia, on serait peut être tenté d'expliquer les faits d'une autre façon.

L'arrêt de l'hémorrhagie serait plutôt considéré comme coïncidant avec l'engagement de la tête, et la compression de ce pôle sur les surfaces saignantes; plutôt que le fait de la cessation d'un « stimulus » ou de l'arrêt d'un « molimen ».

Il semblait que Moutet, après avoir repris la théorie de Moreau, après avoir considéré la mort du fœtus, comme une circonstance heureuse pour la mère, dût conseiller de provoquer la mort du fœtus, si faire se pouvait, de sacrifier, comme dans nombre de cas de dystocie, l'enfant à la mère. Moutet se contente de considérer la mort du fœtus, comme une circonstance favorable, en ce sens qu'elle arrête d'une part l'hémorrhagie, et que d'autre part elle permet à l'accoucheur de ne pas intervenir; soit par des manœuvres tendant à terminer l'accouchement au plus tôt, soit surtout à ne pas tenter le traitement indiqué par Simpson « l'arrachement du placenta », qui n'agit à son avis, qu'en provoquant la mort du fœtus.

III

DES CAUSES QUI, EN DEHORS DE LA MORT DU FŒTUS, PEUVENT EXPLIQUER L'ABSENCE, OU L'ABSENCE OU L'ARRÊT DE L'HÉMORRHAGIE

Nous venons d'exposer, les arguments de Moreau, et des partisans de sa théorie ; mais il est une remarque à faire, c'est que cette théorie, ne donna pas lieu à la propagation d'une thérapeutique funeste pour l'enfant, et inutile pour la mère, qui aurait consisté, à produire la mort de l'enfant pour prévenir les hémorrhagies de la mère, et la mettre ainsi à l'abri.

Il est à noter aussi, dans ce point de l'histoire du placenta prævia, que la théorie de Moreau, n'a pas été l'objet d'une campagne de la part de ceux, qui ne se rallièrent à elle. Les faits vinrent d'eux-mêmes la combattre. Ces faits d'une observation encore assez fréquente, d'après les auteurs, n'étaient pas toujours publiés, si nous en jugeons par le nombre relativement restreint, que nous avons pu en réunir. Mais les classiques depuis Jacquemier, se refusent à regarder la mort du fœtus, comme une circonstance permettant d'éviter le retour de l'hémorrhagie.

Une insuffisance d'observation, avait conduit à la théorie de l'hémorrhagie inévitable, et plus tard à la théorie de Moreau.

On peut opposer à cette ancienne hypothèse, trois arguments :

1° Il est des circonstances, qui en dehors de l'état de vie ou de mort du fœtus, peuvent empêcher l'hémorrhagie, dans les cas de placenta prævia.

2° Les hypothèses de Moreau, ne tenant aucun compte de l'argument précédent dans les observations sur lesquelles, sa théorie repose ; cette théorie est insuffisante au point de vue clinique. En second lieu, au point de vue anatomique et physiologique, les questions de stimulus molimien arrêtés immédiatement par la mort du fœtus ne sont pas démontrées.

3° Les faits où malgré la mort du fœtus l'hémorrhagie s'est reproduite.

Nous allons nous occuper, dans ce chapitre, du premier argument, à savoir : des causes en dehors de la mort du fœtus qui peuvent arrêter ou empêcher l'hémorrhagie.

Le décollement, cause de la solution de continuité, source de l'hémorrhagie, produite comme nous l'avons vu, soit consécutivement à la distension du segment inférieur, pendant la grossesse, soit par la dilatation du col, pendant le travail, n'est pas fatal dans tous les cas de placenta prævia. Il y a, en effet, des degrés, dans l'insertion du placenta, sur le segment inférieur de la matrice.

Jacquemier (1), dans son *Manuel des accouchements*

1. *Manuel des accouchements*, 1846, vol. II, p. 238.

dit : « L'hémorrhagie peut se manifester, lorsque le placenta recouvre l'orifice interne ; et lorsqu'il en est seulement plus ou moins rapproché par la circonférence. Dans ce dernier cas, et même dans celui où il recouvre l'orifice par son bord seulement, la perte, après s'être produite, une ou plusieurs fois, peut cesser définitivement et l'accouchement avoir lieu à terme, sans qu'elle se reproduise.

« En effet, lorsque la portion du placenta qui avoisine l'orifice, ou le recouvre, a été décollée, et que l'extravasation sanguine a cessé, la tendance à de nouveaux décollements partiels, peut disparaître, parce que les progrès de l'ampliation, de la partie inférieure de l'utérus, éloignent très insensiblement, le bord du placenta, le plus exposé à de nouveaux décollements, du centre du segment inférieur, qui est la partie la plus distendue mécaniquement, et parce que le tiraillement diminue du bord inférieur du placenta, au bord supérieur qui se trouve assez haut dans la cavité de l'utérus ».

Robert Barnes, décrivit en 1847 les sièges divers, que peut occuper le placenta prævia, et divisa l'utérus en trois zones deux supérieures, une inférieure, qu'il appela la région dangereuse. Le cercle polaire inférieur (limite supérieure de la zone inférieure) serait la limite au-dessus de laquelle le détachement spontané et l'hémorrhagie ne se produisent pas.

Ce cercle, il le délimite sur la matrice ; un cercle de trois pouces (8 centimètres) de distance, ayant l'orifice interne pour centre.

R. Barnes et F. Barnes ajoutent dans leur *Traité des accouchements* qu'en pratique cette limite est variable, « Nous avons observé, disent-ils, que l'hémorrhagie s'arrête, parfois, lorsque le diamètre de l'ouverture a atteint de 52,8 à 76,2 millimètres.

Spiegelberg, cité par ces auteurs, fixe cette limite sur un cercle; ayant 6 centimètres de rayon et pour centre l'orifice interne. Duncan donne à peu de chose près les mêmes mensurations.

Depaul pense que dans certains cas de placenta prævia, l'hémorrhagie peut ne pas se produire, pendant les trois derniers mois de la grossesse, pour les raisons suivantes: « J'ai eu l'occasion, dit M. Depaul (1), d'examiner l'utérus des femmes, qui avaient succombé pendant les derniers mois de la grossesse, et j'ai pu voir que dans les parties inférieures l'accroissement n'était pas le même partout ».

« La région antérieure se développe en général, beaucoup plus que la postérieure; que les parties latérales se développaient inégalement ».

Donc, le segment inférieur de l'utérus, ne constitue pas, dans les derniers mois de la gestation, un segment de sphère, dont le développement est régulier. En effet, toutes les fois que l'insertion se ferait en arrière, les trois derniers mois de la grossesse pourraient se passer sans accidents, et l'hémorrhagie apparaîtrait seulement, pendant la période d'effacement ou pendant celle de dilatation.

Nous venons de voir, qu'il est des circonstances, tenant

1. Depaul. *Clinique Obstétricale*, 1872-76, page 648.

au siège variable, de l'insertion du placenta, sur le segment inférieur, qui peuvent permettre d'éviter l'hémorrhagie, sans faire intervenir, dans l'explication de ces faits, la mort du fœtus. Il est d'autres phénomènes qui conduisent aux mêmes résultats ; nous voulons parler de la rupture des membranes.

Puzos, dans les cas d'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta, conseillait de provoquer l'accouchement et le travail, puis d'aller rompre les membranes, pour hâter la terminaison de l'accouchement. Depuis Puzos, cette façon d'agir fut très discutée, et tous les accoucheurs n'avaient pas recours à la méthode dite de Puzos : la rupture des membranes. Déjà Mercier dans son mémoire rappelait un cas de Baudelocque, où la perte avait complètement cessé après l'écoulement des eaux. Cazeaux, quoique partisan de la théorie de Moreau, dit dans son *Traité d'accouchement* : « si la rupture des membranes
« s'opérait dès le début du travail, on conçoit que la ré-
« traction de l'utérus, qui suivrait l'écoulement du liqui-
« de ; que la compression que la tête exercerait sur la
« portion décollée du placenta puissent oblitérer complé-
« tement les vaisseaux déchirés et mettre ainsi fin à l'hé-
« morrhagie, bien que le fœtus soit vivant ».

Depaul dit : « que la rupture des membranes suspend
« dans quelques cas et diminue presque toujours l'inten-
« sité de la perte. On peut admettre, que la rupture
« spontanée des membranes, ayant eu lieu avant le tra-
« vail, la rétraction de l'utérus en a été la conséquence,
« et qu'en même temps, il y a eu diminution du calibre

1. Depaul, *Loc. cit.* p. 667.

« des vaisseaux et application plus forte de la tête fœtale,
« sur le segment inférieur, sur lequel est inséré le pla-
« centa. (La tête remplissant ainsi le rôle d'un tampon
« interne (1) ».

Or, cette rupture spontanée des membranes, circonstance heureuse, pour le pronostic de l'hémorrhagie, est loin d'être rare. L'insertion vicieuse du placenta, a pu être considérée, comme la cause la plus fréquente, de rupture prématurée des membranes par MM. Lacaille (1) et Pinard (2).

« Dans tous les cas de placenta prævia, ajoute ce dernier auteur, où j'ai observé la rupture prématurée des membranes, je n'ai jamais observé consécutivement la production de l'hémorrhagie. Dans tous les cas où l'hémorrhagie s'était montrée la première, j'ai toujours vu la rupture prématurée, spontanée ou artificielle, faire cesser l'hémorrhagie, excepté lorsque le fœtus se présentait par le tronc ; et encore dans plusieurs cas de présentation du tronc, ai-je vu la rupture des membranes, faire cesser l'hémorrhagie ainsi que le démontrent plusieurs observations ». (page 23, *loc. cit.*)

Il est donc des circonstances fréquentes qui en dehors de la mort du fœtus, peuvent empêcher ou arrêter l'hémorrhagie, ces circonstances n'étaient pas recherchées, lorsque après avoir dit pendant longtemps que l'hémorrhagie était inévitable, on disait qu'elle pouvait être évitée en cas de mort du fœtus.

1. Lacaille, thèse Paris, 1883.

2. Pinard. *De la rupture prématurée, dite spontanée des membranes de l'œuf humain*, Paris, 1886.

IV

DE L'INFLUENCE DE LA MORT DU FŒTUS, SUR LA CIRCULATION UTÉRO-PLACENTAIRE.

Nous venons d'établir dans le chapitre précédent, combien la théorie de Moreau, était inexacte; alors qu'elle voulait être exclusive. Nous allons étudier, la valeur des arguments émis en sa faveur. Moreau appuie sa théorie sur le fait suivant: le fœtus mort, la circulation utéro-placentaire cesse d'avoir lieu. La vie du fœtus créait un stimulus qui n'existe plus. Le sang se coagule dans les vaisseaux, ceux-ci se ressèrent et s'oblitérent, l'hémorrhagie s'arrête.

Moreau suppose, dit Jacquemier, qu'après la mort du fœtus, le sang arrêté dans les vaisseaux du placenta et de l'utérus, qui lui correspondent, se coagule, et que ceux-ci s'oblitérent.

Cela n'est pas exact..... « car l'expulsion d'œufs avortés, conservés longtemps dans l'utérus après la mort de l'embryon et la délivrance après l'accouchement de fœtus putréfiés, sont toujours accompagnés d'un écoulement sanguin, à la vérité souvent moins abondant et plus tôt tari ».

« Le séjour du fœtus dans la cavité de l'utérus, après
« qu'il a cessé de vivre, et une circonstance qui peut bien
« rendre le décollement du placenta moins grave; mais
« pour que les vaisseaux utéro-placentaires s'oblitérent,
« il faut que le placenta ait été préalablement décollé ».

Remarquons en passant que Jacquemier, tout en combattant l'opinion de Moreau, laisse une certaine part à l'influence de la mort du fœtus sur la cessation de l'hémorrhagie. Le décollement du placenta en est pour lui la condition nécessaire.

Voici comment J. M. Duncan apprécie la théorie de Moreau :

« Je ne possède pas actuellement des faits suffisants
« pour en parler avec précision (1); mais je puis opposer trois objections à son acceptation : »

« En premier lieu, je ne crois nullement à l'existence
« d'une puissance attractive ou aspiratrice du fœtus vivant sur les vaisseaux maternels du placenta, telle que Gendrin et Simpson l'ont décrite.

« Secondement, les faits ne sont pas rares, dans lesquels, la mort du fœtus n'a aucune influence sur l'hémorrhagie utérine, qu'elle soit accidentelle, inévitable ou *post partum*.

« Troisièmement, la circulation doit continuer dans la partie maternelle du placenta, longtemps après la mort du fœtus, et même lorsqu'il est macéré. Bien que cela soit contraire à l'opinion générale des accoucheurs, j'ai été

1. Nous pouvons, sans être accusé de manquer de modestie dire que notre thèse, répond au *desideratum* de J. M. Duncan.

« vivement frappé de la réalité de ce fait par *un cas récent*
« *dans lequel, longtemps après la mort du fœtus, j'ai trouvé*
« *le placenta rempli de sang frais et paraissant tout à fait*
« *intact* ».

Depaul déclare la théorie de Moreau inadmissible pour un certain nombre de cas : « car, dit-il, j'ai observé plusieurs exemples d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, quoique l'enfant fût manifestement mort, déjà depuis longtemps ».

On ne peut nier la *possibilité* de certains phénomènes régressifs, dans la circulation utérine, après la mort du fœtus. On sait, en effet, que celle-ci s'accompagne de certains phénomènes sympathiques analogues à ceux qui suivent l'accouchement : montée laiteuse, cessation d'une albuminurie antérieure, disparition des varices (Budin). Puis, du côté de l'œuf, diminution du liquide amniotique, changement de consistance et de *volume* de l'utérus. De plus, si la mort du fœtus est ancienne, on peut peut-être se faire plus volontiers à l'idée d'une diminution de la circulation utérine. Cette restriction, en faveur de l'influence de la mort du fœtus, ne vise que les cas où cette mort est ancienne, et nous ne proposons ici que la possibilité seulement de cette restriction ; or telle n'était pas la pensée des partisans de la théorie de Moreau. Moutet, en particulier, veut faire coïncider exactement le moment de la mort du fœtus et celui de l'arrêt de l'hémorrhagie. Aujourd'hui que l'on connaît l'indépendance des deux systèmes vasculaires, maternel et fœtal, on se fait mieux à l'idée de la permanence de la circulation utérine dans le placenta, alors que la circulation fœtale ne se fait plus.

Toutefois, il est des exemples, comme celui de Thompson, où le fœtus momifié, une hémorrhagie se produisit.

D'autre part, on a prétendu que le placenta pouvait s'accroître, après la mort du fœtus, ou au moins continuer à vivre. Delore réunit trois exemples de ce genre. Le premier appartient au Dr Skene, qui vit chez une femme enceinte de trois mois environ, disparaître tous les signes de la grossesse. A 7 mois, il provoqua l'évacuation de l'utérus, il fut impossible de retrouver le fœtus, mais le placenta avait acquis le développement qu'il a au cinquième mois. Delore cite encore un cas semblable, observé par Nœggerath.

Ce dernier auteur avait aussi enlevé un soi-disant polype, qui n'était qu'un placenta resté depuis deux mois, dans l'utérus, et qui s'était soudé au col dans un point anciennement ulcéré, il s'y était formé, paraît-il des vaisseaux.

Enfin Delore, cite un cas personnel, où un placenta abortif, est demeuré 109 jours, dans l'utérus, il a été expulsé le 110^e jour, absolument frais et sans odeur.

Duncan, ainsi que nous l'avons rappelé plus haut (voyez page 34) a trouvé un placenta frais et rempli de sang, longtemps après la mort du fœtus.

Dans les observations de Legroux, que nous donnons plus loin, comme faits dans lesquels l'hémorrhagie s'est produite après la mort du fœtus, on remarque la présence de caillots frais dans le placenta putréfié.

Il résulte des faits précédents, qu'après la mort du fœtus, la circulation continue à se faire dans l'utérus au niveau du placenta. Combien de temps, cette circulation

dure-t-elle, en cas de rétention du fœtus mort ? Quelle est le moment où il s'opère des phénomènes vraiment régressifs, qui seraient capables de mettre à l'abri d'une hémorrhagie, au moment de l'expulsion du contenu de l'utérus ? La question n'est pas encore résolue. En tout cas ce n'est pas ainsi que la posait Moreau et surtout Moutet ; car à la cessation du stimulus, du molimen, coïncidant avec la mort du fœtus, correspondait l'arrêt de la circulation utérine dans le placenta, et la disparition du danger de l'hémorrhagie.

V

FAITS CLINIQUES DANS LESQUELS L'HÉMORRHAGIE A LIEU MALGRÉ LA MORT DU FŒTUS.

Nous venons de montrer, que l'hémorrhagie dans les cas de placenta prævia, pouvait d'une part céder à d'autres causes que la mort du fœtus ; d'autres parts se reproduire malgré la mort du fœtus.

Nous allons fournir une série d'observations, démontrant que l'hémorrhagie, s'est produite à des époques diverses après la mort du fœtus.

OBSERVATION I (personnelle)

Placenta prævia ; hémorrhagies ; mort du fœtus ; nouvelles hémorrhagies. Accouchement d'un fœtus macéré.

D... E..., 29 ans, passementière. Régée pour la première fois, à 14 ans, ses règles sont venues facilement et abondamment. Trois ans après elle est devenue très anémique et présentait comme symptômes : une grande faiblesse, maux de tête, étour-

dissement, éssoufflement, les règles sont devenues irrégulières, moins abondantes et seulement rosées.

Mariée à 19 ans, avec un teinturier, très probablement syphilitique, elle est devenue enceinte cinq mois après ; au cinquième mois de sa grossesse, elle fit une chute, à partir de ce moment elle ne sentit plus remuer son enfant. Dans le courant du septième mois, elle accouche d'un enfant qu'on lui dit être mort depuis environ un mois. Les suites des couches semblaient être bonnes, quant au bout de douze jours, survint un *phlegmatia alba dolens* du membre inférieur gauche qui la retint au lit sept semaines.

Redevenue enceinte au bout de six mois, en 1881, sa grossesse marchait à souhait, lorsque au commencement du septième mois elle accoucha de deux jumelles, qu'on lui affirma être mortes depuis une huitaine. A la suite, en mars 1882, elle a eu de la métrite.

Depuis 1883, elle ne vit plus avec son mari.

En 1887, elle a fait une fausse-couche de trois mois.

En 1888, au mois de janvier, fausse-couche de deux mois.

Le 16 août 1888, les règles sont venues pour la dernière fois. Au mois d'octobre, elle a des troubles gastro-intestinaux : vomissements après le repas, sang dans les selles, douleur rongante au creux épigastrique, impossible de supporter le corset.

Dans le courant du mois d'octobre, elle est venue à la Charité, consulter M. Budin, pour des douleurs dans le ventre, venues à la suite de fatigues. On lui ordonna le repos et de l'iodure de potassium, qu'elle n'a pas pris du reste ; au bout de huit jours, elle reprit son travail.

Le 16 mars 1889, elle revint à la Charité, et on la reçut dans la salle. Le ventre d'un volume moyen, présente des vergétures. Des varices sus-pubiennes et de la partie supérieure de la cuisse gauche, sont apparues pendant la grossesse gémellaire, et n'ont pas disparu depuis, augmentant aux grossesses suivantes. De

l'œdème aux membres inférieurs, la jambe gauche un peu plus volumineuse.

Depuis sa phlegmatia, la jambe gauche enflait le soir après le travail de la journée ; depuis trois ans, la jambe droite enflé également, l'œdème disparaît le matin.

A chaque grossesse, gonflement plus prononcé, autour des malléoles, à la face, aux mains.

Par le toucher vaginal, on a manifestement la sensation du ballottement fœtal.

Les seins bien conformés sont pourvus chacun d'une aréole secondaire assez marquée. Le mamelon, dont il s'écoule par la pression un peu de colostrum, est saillant.

On entend les bruits du cœur à gauche au niveau de l'ombilic ; présentation du sommet en O. I. G. F.

La face est pâle et légèrement bouffie. Urines albumineuses 0 gr. 90 d'albumine par litre. Au cœur, un souffle au premier temps et à la base. Régime lacté.

Le 22 mars. — 0 gr. 40 d'albumine ; le 23, 0 gr. 20.

Le 30 mars. — 0 gr. 25.

Le 4 avril. — Au matin, vers 6 heures, en faisant sa toilette, la malade a perdu, par la vulve, une certaine quantité de sang.

Le 6 avril. — Au matin et à la même heure, reproduction de la perte de sang, moins abondante, cependant ; ce même jour il y avait 0 gr. 30 d'albumine. Sous l'influence du régime lacté, l'œdème a considérablement diminué. Elle est sortie de l'hôpital le 17 avril, ayant à ce moment 0 gr. 20 d'albumine ; la malade a continué chez elle le régime lacté.

La malade est de nouveau entrée à l'hôpital le lundi 29 avril à 11 h. 25 du soir. Deux jours avant elle s'est plainte de légères coliques, et voyait des glaires sortir par la vulve. Elle nous raconte que le jour de samedi, elle a senti le fœtus se déplacer, mais ces déplacements n'avaient aucune analogie avec les mouvements

précédents du fœtus qui ont disparu il y a huit jours, et qui consistaient en des petits coups. *A ce moment montée du lait, et rétrocession des phénomènes sympathiques.*

Lundi, à 11 heures du soir, elle était en train de coudre, lorsque tout à coup, brusquement, sans cause, elle s'est sentie inondée de sang. C'était comme un flot. A l'instant même, elle se décide à venir à pied à l'hôpital, perdant toujours un peu de sang.

A 11 h. 25 elle entre dans la salle d'accouchement et nous l'examinons de suite :

Tout le corps était d'une pâleur extrême, la peau froide et sans sueur, le refroidissement plus marqué aux extrémités. Elle éprouvait des vertiges, se sentait prête à défaillir. Le pouls était petit, irrégulier, inégal, fréquent. Les mouvements respiratoires ralentis, difficiles ; elle avait de l'oppression et se plaignait du cœur.

Le linge était trempé de sang ; un peu de sang s'écoulait par la vulve, qui était entourée par un coagulum épais.

Au toucher, nous trouvons un col ramolli, effacé, dilaté d'un peu plus d'un centimètre. La poche des eaux bombait. En introduisant le doigt dans le col, nous sentons du côté droit, une masse mollassse, pâteuse : nous supposons que c'était le placenta inséré près du col. On fait prendre à la malade une potion alcoolique et on lui fait des injections très chaudes dans le vagin. *Pas de bruit du cœur fœtal.*

A 11 h. 50, les symptômes généraux s'aggravent, le ventre est très douloureux ; elle éprouve des nausées, puis vomit, se plaint d'étouffement, de défaillance ; une syncope est à craindre.

A minuit et quart, l'hémorrhagie augmente, l'état de la malade était devenu menaçant. On fait le tamponnement. A la suite, les douleurs qui étaient rares et irrégulières sont devenues plus vives et très rapprochées. La malade souffre beaucoup du fait des contractions et de l'obstacle produit par le tamponnement. Pousse des cris ; sent le fœtus s'engager, descendre.

A 2 h. 10, les douleurs étant devenues intolérables, on enlève le tampon ; son but était atteint, il n'était pas souillé de sang, et l'hémorrhagie s'était arrêtée.

Nous pratiquons le toucher, malgré les contractions très vives, la dilatation était grande de 2 centimètres ; la tête du fœtus engagée dans l'excavation.

A 2 h. 20, la poche des eaux se rompt ; elle se reforme. L'hémorrhagie n'a plus réapparu.

A 4 h. 40, expulsion d'un *fœtus macéré* en O. I. G. A. de gros caillots viennent après. Il pèse 1370 grammes.

Un quart d'heure après, le placenta est expulsé à son tour, après lui une grosse masse de caillots du volume de la paume de la main.

Les membranes sont complètes ; elles se sont rompues à 3 centimètres du placenta. Une partie du placenta est refoulée, aplatie, excavée, remplie par un caillot noir, mou et cruorique, du volume du poing, en le touchant nous obtenons la même sensation que celle obtenue auparavant par le toucher utérin.

Les troubles ont disparu. La femme va bien, pas de fièvre, pas d'albumine dans les urines.

Douze jours après, elle sort complètement rétablie.

En résumé, nous avons ici un bel exemple, de continuation de l'hémorrhagie, malgré la mort du fœtus, dans un cas de placenta prævia. Dans les observations que nous avons réunies ici, la mort du fœtus n'est pas douteuse, mais il est difficile d'assigner une époque à cette mort. Dans notre cas, nous avons pu constater deux choses, dès l'arrivée de cette femme dans le service. D'abord l'hémorrhagie, et ensuite l'absence de bruits fœtaux. Nous étions au lundi, et la femme nous disait n'avoir pas senti

remuer son enfant depuis samedi, et encore ajoutait-elle, les déplacements de son enfant n'avaient aucune ressemblance depuis huit jours, avec ce qu'ils étaient auparavant et ne se produisaient que lorsqu'elle changeait de station. Bien que ces déclarations ne soient pas suffisantes pour préciser rigoureusement la date de la mort du fœtus; nous ne sommes pas éloignés de croire, que cette mort remontait à plus de deux jours, étant donné l'état de macération du fœtus. D'autre part nous basant sur la date de l'apparition des phénomènes sympathiques, qui ont pour nous une grande importance, faisant cependant des réserves sur les renseignements fournis par la femme, nous pouvons préciser la date de la mort du fœtus, et la faire remonter à huit jours.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance du D^r Budin.

Bassin rétréci. Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagies. Tamponnement fait par une aide sage-femme. Accouchement spontané. Enfant macéré. Délivrance artificielle.

D..., 24 ans, fille faible, d'une mauvaise santé, en général; a peu de traces de rachitisme; pas de déformation des membres inférieurs. Réglée pour la première fois, à 12 ans, régulièrement d'abord, puis à 14, 15 ans ses règles deviennent irrégulières.

Le 19 janvier 1874, elle accouche d'une fille vivante, à terme, qui meurt au bout de six semaines.

Elle n'accuse aucune affection syphilitique.

Les règles ne revinrent que le 1^{er} avril, puis à la fin de mai; le 25 juillet 1874, elle eut une perte abondante, accompagnée de douleurs et de coliques utérines, pas d'expulsion de caillots. Pendant un mois, elle ne cesse de perdre du sang pur, tous les huit ou dix jours; elle voyait reparaître le sang en petite quantité, mais sans que cet intervalle soit dépassé.

Elle n'a pas remarqué à quelle époque les nausées ont apparu, pas plus que le gonflement des seins. Elle a senti remuer le fœtus en février 1875.

Vers la fin de mars, le 27 ou le 28, elle a constaté l'existence d'un peu de lait dans les seins. Son enfant a remué jusqu'au 5 ou 6 avril, et ses mouvements avaient été extrêmement nombreux les jours précédents.

A partir du 6 avril, la femme n'a plus senti les mouvements de son enfant.

Le 8 avril, elle entre à la Maternité. Elle est examinée le lendemain; on trouve le ventre assez développé, il est presque égal à celui d'une femme à terme.

L'utérus paraît contenir beaucoup de liquide; ses parois sont assez résistantes. Par la palpation, on arrive à sentir des petites extrémités fœtales à droite et en haut; puis au niveau de l'hypogastre. En déprimant méthodiquement les parois abdominales et utérines, on arrive sur une partie volumineuse, d'une résistance assez grande pour donner le soupçon d'une présentation du sommet assez élevée.

L'auscultation, rend presque certaine la mort de l'enfant, aucun battement du cœur n'a pu être entendu.

Au toucher, le col est dur, résistant, assez long, on arrive avec peine, sur l'angle sacro-vertébral, et on mesure 10 centimètres $\frac{1}{4}$ de diamètre promonto-sous-pubien.

Pendant son séjour dans la maison, *elle eût des hémorrha-*

gies, peu abondantes, il est vrai, mais se renouvelant presque tous les huit jours.

Aucun signe par le toucher, qui puisse faire soupçonner la présence du placenta sur l'orifice; cependant sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus, on trouvait une épaisseur assez remarquable, mais qui ne pouvait être parfaitement appréciée, à cause de la profondeur, et l'élévation de toutes ces parties.

Le 16 avril, à 2 heures du matin, en se mettant sur le vâse, la malade *perd une grande quantité de sang liquide*; il n'y a aucune contraction utérine douloureuse. A l'examen, col épais, dur, placé au centre du bassin, largement ouvert à ses deux orifices, pouvant représenter le diamètre d'une pièce de 1 franc. Membranes entières, assez épaisses, partie fœtale très élevée. Battements de cœur du fœtus absents.

Emploi de moyens propres à arrêter l'hémorrhagie, suspension momentanée de cette dernière.

Le 16 avril, 4 heure du matin. La malade se sent mieux. Apparition de contractions utérines, douloureuses, régulières. *L'hémorrhagie se renouvelle plus abondante* que la première fois.

Col complètement effacé. Orifice interne dilaté de la grandeur d'une pièce de 2 francs, à bords rigides. Membranes toujours entières, poche d'eau volumineuse, tombant fortement et empêchant d'atteindre la partie fœtale. Partie postérieure du segment inférieur de l'utérus très épaisse.

Emploi nouveau des moyens propres à arrêter l'hémorrhagie. Les contractions utérines s'amoindrissent, l'hémorrhagie cesse.

Le 16 avril, 5 heures du matin. *L'hémorrhagie se renouvelle, elle est très abondante, foudroyante même.* La femme a une syncope. L'orifice offre le diamètre d'une pièce de 5 francs; il est épais, dur, le vagin est rempli de caillots s'étendant jusqu'à l'orifice utérin, presque totalement obstrué par eux.

Sensation perçue du tissu placentaire, alors qu'on porte son doigt profondément en arrière dans l'intérieur de l'orifice.

Mme Calle, sage-femme en chef, pria l'aide sage-femme de service, de pratiquer le tamponnement, ce qui fut fait très rapidement. L'hémorrhagie ne reparait pas. La malade est faible; on soutient ses forces à l'aide de bouillons froids, et vin de bordeaux sucrés. Le pouls est plein, régulier. A partir de ce moment les contractions utérines deviennent plus énergiques, la femme sent un besoin irrésistible de pousser, ce qu'elle fait avec une force très grande.

6 h. 30. Le tampon est chassé. *L'hémorrhagie se renouvelle.*
Nouvelle application du tampon.

7 h. 30. Rupture spontanée des membranes, écoulement abondant de liquide noirâtre. Efforts considérables de la femme. Présentation du sommet en O. I. G. A.

8 h. 30. Accouchement naturel.

L'enfant, une fille, pèse 1600 grammes; elle est *très macérée*.

Quelques instants après l'expulsion du fœtus, l'hémorrhagie se renouvelle très abondante: la femme est très affaiblie par les pertes antérieures. On cherche à faire la délivrance; mais les tractions exercées par l'aide sage-femme sur le cordon ombilical restent sans résultat et n'amènent que la rupture de ce dernier.

Le sang coule toujours, l'aide sage-femme porte la main dans l'utérus, pour extraire le placenta qui est encore adhérent à la face interne de cet organe, sur une large surface. Le décollement de ces parties s'est opéré avec beaucoup de difficultés, à cause de la friabilité excessive du tissu placentaire.

Les enveloppes fœtales étaient au complet.

La malade fut passée dans le service de médecine 3 heures après l'accouchement.

L'hémorrhagie ne s'était pas renouvelée depuis la déplétion totale de l'utérus, et l'administration de 2 grammes de seigle ergoté.

Ce fait est des plus démonstratifs. La femme entre à la Maternité le 8 avril 1875 en pleine hémorrhagie. Or dans les derniers jours de mars elle a eu une montée laiteuse. Son enfant a remué jusqu'au 5 ou 6 avril, mais nous ne savons pas si les mouvements sentis par la mère dans les derniers jours d'avril, étaient des mouvements actifs; il nous est permis de douter, vu que la femme avoue que les mouvements avaient été extrêmement nombreux les jours précédents, ce qui pourrait répondre à un état de souffrance de l'enfant. Quoi qu'il en soit, depuis le 6 avril la mère ne sent plus remuer son enfant qui était sûrement mort à son entrée le 8 avril. Du 8 au 16 avril, elle a des hémorrhagies qui prennent une intensité considérable. A cette date, de 2 heures du matin à 6 heures et demie, heure de son accouchement, la délivrance elle-même est suivie d'une abondante perte. La mort du fœtus remontait incontestablement ici, au moins à 8 jours, et l'enfant est venu au monde très macéré.

OBSERVATION III (Maternité)

Insertion vicieuse du placenta (marginale). Hémorrhagie abondante pendant le travail. Enfant légèrement macéré.

La nommée S. V..., âgée de 32 ans est multipare de son troisième enfant : l'un est né à terme, l'autre est né à 8 mois, sans cause. Cette femme d'une bonne constitution, a un bassin normal; depuis l'âge de 13 ans elle est régulièrement réglée tous les mois et elle perd assez abondamment.

Pour ce qui est de la grossesse actuelle, la femme ignore l'époque de ses dernières règles, mais elle serait enceinte de six mois et demi environ. Comme accidents, qui ont accompagné la grossesse, elle signale de la céphalalgie, des crampes d'estomac, de la somnolence, des épistaxis, des crachements de sang, des douleurs lombaires, de la constipation et de la leucorrhée, elle a commencé à souffrir le 30 avril 1872 à 9 heures du matin, mais vers 3 h. 40 du soir, elle se sentit inondée de sang, comme cette perte persista, elle fut très inquiète et se fit transporter à la Maternité, où elle arriva vers 5 heures. Mme Callé l'examina. L'orifice était grand comme une pièce de 50 centimes. Ne laissant sentir aucune partie du placenta ; cependant l'hémorrhagie avait été abondante, et persistait encore, mais faiblement. L'état d'épuisement de la malade détermina Mme Callé à l'application d'un tampon, afin d'éviter une nouvelle perte.

Au bout de deux heures, un écoulement sanguin externe, fit penser qu'il était pénétré, on l'enleva pour en remettre un autre, il était environ 7 heures du soir. Aucun changement ne s'était produit, du côté de l'orifice ; la perte était légère, on pouvait attendre. M. Tarnier que l'on avait prié de venir vers 9 heures du soir arriva. Il constata ce qui est dit plus haut, ordonna l'application d'un deuxième tampon, et fit en même temps administrer à la malade 2 grammes de seigle ergoté, pour augmenter l'énergie des contractions utérines qui étaient faibles et rares. Au milieu des cris et des efforts de toutes sortes l'appareil fut maintenu jusqu'à 4 heures du matin, alors il fut expulsé spontanément, derrière on trouva les membranes qui se rompirent et la tête du fœtus qui s'engagea dans l'orifice, alors grand comme une pièce de 5 francs ; à 6 h. 45 le fœtus fut expulsé hors des parties génitales et quelques minutes après la délivrance fut opérée. L'expulsion du second tampon mit fin à l'hémorrhagie, qui ne reparut point pendant les diverses périodes qui marquèrent cet accouchement.

L'enfant était légèrement macéré, l'épiderme était enlevé en divers endroits ; l'examen du placenta fit voir, qu'il était inséré au voisinage de l'orifice, mais cependant il en était assez éloigné pour que le doigt ne pût l'atteindre, la face utérine était parsemée d'un grand nombre de foyers sanguins et de dépôts fibrineux.

La malade passa dans le service médical, à cause de sa grande faiblesse.

OBSERVATION IV (Maternité)

Ectopie placentaire. Hémorrhagie. Enfant macéré.

La nommée M... Ch..., femme J..., âgée de 38 ans, multipare de six enfants, d'une bonne constitution, ayant le bassin normalement conformé, et qui depuis l'âge de 14 ans était menstruée régulièrement tous les mois pendant 4 jours, peu abondamment, avait eu ses dernières règles du 15 au 18 mars 1883.

Cette femme, déclarant perdre du sang abondamment depuis 4 jours, vint à la Maternité le 4 octobre 1883, à 9 h. 45 du matin.

Voici les renseignements obtenus par les modes d'investigation qui furent pratiqués : par le palper, les parties fœtales étant très molles et très dépressibles, ne permettaient de diagnostiquer ni l'attitude du fœtus ni sa présentation. *L'auscultation était nulle* ; par le toucher on trouve que le col était effacé et l'orifice dilaté comme une pièce de 2 francs, puis on sentait nettement les bords du placenta qui était inséré sur la partie latérale gauche de l'orifice. Cette femme ne perdait plus de sang, mais il était nécessaire de prévenir une nouvelle hémorrhagie qui eût pu se produire.

Mme Henry fit appliquer par l'aide sage-femme la vessie de Chasagny, dans le but de faire tampon à l'orifice, quand on la retira la dilatation était plus grande que la paume de la main. M. Mar-

chand rompit artificiellement les membranes le 4 octobre 1883 à 10 h. 45 du matin, afin de reconnaître la présentation et la position, le liquide amniotique s'écoula chocolaté, la dilatation se compléta rapidement et à 10 h. 55 du matin, elle accoucha spontanément d'un garçon mort et macéré du poids de 1400 grammes ayant présenté le sommet en O. I. G. A. Le travail avait duré 12 heures.

Le terme de la grossesse était de 6 mois; on attribue la mort et la macération du fœtus à l'ectopie placentaire.

La délivrance se fit naturellement le même jour à 11 heures du matin, et deux heures après cette femme se trouvant en bon état fut transportée dans le service de Mme Henry pour passer les suites de couches, qui furent naturelles; cette femme partit en bon état.

OBSERVATION V (Maternité).

Insertion vicieuse du placenta. Tamponnement. Tentative de version. Accouchement spontané par le sommet. Enfant macéré.

La nommée D... est entrée à la Maternité le 28 juillet 1884 à midi. Elle est bien conformée, d'une constitution faible, paraît fatiguée, ses traits sont tirés, elle est pâle, mais cette pâleur peut être attribuée à la profession de cigarrière. Agée de 34 ans, elle est réglée depuis l'âge de 14 ans, irrégulièrement toutes les cinq semaines, écoulement sanguin assez abondant, durée trois jours. A eu trois grossesses antérieures, terminées spontanément.

Elle dit être redevenue grosse dans le commencement de décembre 1883. Par le palper on trouve un utérus beaucoup trop volumineux pour le terme de la grossesse qui n'est que de 7

mois et demi ; les parois utérines sont tendues par une quantité plus grande que d'habitude de liquide amniotique.

Il est impossible de suivre les contours faits par l'ovoïde fœtal pourtant au niveau de l'hypogastre on peut faire balloter la tête encore située dans le grand bassin, le toucher révélera pourquoi.

L'auscultation fait entendre un bruit de souffle sur tous les points de la surface utérine. *Aucun bruit d'origine fœtale n'est perçu*, on pense que l'enfant a cessé de vivre, ce qui est confirmé par la femme, qui nous dit qu'après avoir le matin soulevé un poids dépassant ses forces elle a senti tout à coup des mouvements brusques et désordonnés, puis l'enfant est resté inerte et n'a plus donné signe de vie.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouve le col long, ouvert dans toute son étendue, l'orifice interne n'est pas aussi perméable que l'orifice externe, pourtant le doigt peut arriver sur une surface rugueuse qui n'est autre qu'un cotylédon placentaire. Si on parcourt les culs-de-sacs vaginaux on sent pourtant un segment inférieur épais indiquant que le placenta s'est implanté dans toute cette partie de l'utérus. Après cet examen, la malade perd un peu de sang, provenant de quelques vaisseaux qui ont été déchirés au moment du toucher. *Le sang qui s'écoule est assez abondant pour que Mme Henry fasse faire le tamponnement.* La malade est transportée dans l'amphithéâtre. Après avoir vidé la vessie et le rectum et fait à cette femme une injection vaginale; on procède au tamponnement qui fut terminé à une heure, la femme s'affaiblissait.

Mme Henry prévint M. Tarnier qui arriva vers deux heures, il retira le tampon et examina la malade. Le col avait gardé la même longueur, mais le tampon avait fait coaguler le sang, au point où le placenta s'était décollé.

La femme ne perdant plus on ne remit pas le tampon.

La malade était toujours faible, on lui donna du grog et une potion de Todd avec deux grammes d'extrait de quinquina.

Vers 5 heures du soir, l'*écoulement sanguin se montra de nouveau*, des caillots furent trouvés dans le vagin, mais la femme n'était toujours pas en travail.

Mme Henry fit réappliquer le tampon. La nuit se passa bien ; elle accusait pourtant *de violentes* douleurs qui n'étaient autres que les contractions utérines revenant toutes les demi-heures.

Vers 4 heures du matin, la charpie qui recouvrait la vulve fut tout à coup imbibée de sang. La perte continuant. Mme Henry fit retirer ce second tampon qui n'avait amené aucune modification du côté du col. Mme Henry fit appliquer les deux ballons à air de Chassagny. Presque aussitôt les contractions utérines devinrent régulières et moins espacées, quelque temps après le ballon inférieur fut expulsé suivi du supérieur. Le col était effacé ouvert comme une pièce de 5 francs, avec des bords épais, mais souples.

A 7 heures du matin, dilatation comme la paume de la main. Mme Henry voulut alors introduire la main dans l'utérus pour aller à la recherche des pieds, l'orifice externe ne résista pas, mais au-dessus on avait le placenta partout, il fallait le perforer pour arriver dans l'œuf resté intact jusqu'alors. Mme Henry attaqua le placenta, on vit alors s'écouler une quantité assez considérable de liquide amniotique, de couleur rosée. Entré dans l'utérus on trouva un fœtus tellement pelotonné sur lui-même que la saisie des pieds fut presque impossible. La tête tendait toujours à s'abaisser. Mme Henry retira sa main et l'orifice ayant été agrandi par la main introduite, permit promptement le passage de la tête fléchie, celle-ci arriva à la vulve en passant à travers le placenta, le mouvement de rotation s'effectua à l'orifice vulvaire, aussitôt après, le dégagement de la tête s'opéra et du

reste du corps à 7 h. 40. *L'enfant* du sexe féminin et du poids de 2450 grammes *était macéré*.

Le placenta en partie décollé avant l'accouchement, finit de perdre ses adhérences avec l'utérus pendant l'expulsion de l'enfant.

Mme Henry allant à sa recherche, le trouva complètement décollé. La femme fut laissée pendant quelques jours à l'amphithéâtre des opérations où des injections fréquentes lui furent faites, elle avait de profondes eschares pansées à l'eau oxigénée, puis on la fit passer dans le service. La malade partit en bonne santé.

Cet observation est un bel exemple de persistance de l'hémorrhagie après la mort du fœtus. Le premier examen est pratiqué le 28 juillet 1884, à midi. On n'entend aucun bruit fœtal et pourtant l'écoulement paraît suffisant pour nécessiter l'application d'un tampon.

À 5 heures du soir, l'hémorrhagie se reproduit; à 4 heures du matin, le 29 juillet, l'accouchement se termine par la naissance d'un enfant macéré.

OBSERVATION VI (Maternité)

Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagie.

La nommée E. L... primipare, âgée de 33 ans, d'une constitution médiocre, fut réglée à l'âge de 16 ans et demi. Les règles apparurent pour la dernière fois du 25 au 29 avril 1884. Depuis ce moment elle a eu de la rachialgie, de la gastralgie, des nausées et des vomissements.

Cette femme fût ramenée en brancard le 4 janvier 1885 à

11 heures et demi du matin, elle était pâle et disait avoir perdu beaucoup de sang chez elle, de plus l'examen de l'urine fit voir qu'elle contenait une grande quantité d'albumine. Par le palper on sentait la tête dans le petit bassin. *Les bruits du cœur étaient absents*, ce qui fit penser que l'enfant était mort.

Au toucher on trouve un col court, largement ouvert à gauche, on sentait un cœtylédon placentaire décollé, en parcourant les culs-de-sacs vaginaux, surtout du côté gauche, on sentait un épaississement considérable du segment inférieur, sur lequel était inséré le placenta. A droite on arrivait sur des membranes encore épaisses, mais intactes, au-dessus desquelles on trouvait un sommet tenu élevé par la masse placentaire. Comme les caillots continuaient à se former dans le vagin et que cette femme était déjà affaiblie par l'hémorrhagie qu'elle avait eu avant son entrée, Mme Henry fit appliquer le tampon, l'opération fut terminée à 1 heure du soir, la femme n'avait pas de contractions. Vers 4 heures et demi du soir le tampon commence à s'imbiber en rose, conséquence de la rupture de la poche des eaux.

Mme Henry retira le tampon ; l'orifice était dilaté comme une pièce de 5 francs, bords très souples.

Le sommet s'engageait en O. I. G. A. la tête appuyait sur le placenta, faisait tampon à l'intérieur et mettait fin à l'hémorrhagie. Les contractions se réveillèrent, on sollicita du côté de la femme des efforts qui amenèrent une dilatation complète à 7 heures et demi du soir, dix minutes après la tête arriva à l'orifice vulvaire, et bondit presque dehors, l'expulsion du tronc fut aussi rapide à 7 h. 40. L'enfant de sexe féminin pesait 1860 grammes. On attribue sa mort aux troubles survenus dans la circulation fœto-placentaire, par suite du décollement du placenta.

La délivrance fut artificielle à 7 h. 45.

Le lendemain la malade fut transportée dans le service de Mme Henry pour y passer ses suites de couches.

Le soir 12 janvier 1885, elle fut prise d'urémie très grave, avec dyspnée intense, Mme Henry la fit passer en médecine où elle mourut quelques heures après.

Ici l'enfant est mort, et pourtant l'hémorrhagie nécessite le tamponnement. Cela se passa à 1 heure du soir. A 4 h. 1/2 on enlève le tampon et l'hémorrhagie ne se reproduit plus. Il est rationnel d'admettre qu'ici la rupture spontanée des membranes a permis l'engagement de la tête, et celle-ci a agit comme un véritable tampon interne.

OBSERVATION VII (Maternité)

Insertion vicieuse du placenta. Cinq doses d'ergot de seigle et rupture prématurée des membranes, en ville. Application du forceps et version à la Maternité. Bassin vicié.

La nommée H. L..., enceinte de 9 mois, fut prise d'hémorrhagies utérines dans les derniers temps de sa grossesse. A la dernière hémorrhagie plus forte, elle fit demander un médecin qui après l'avoir examinée et reconnue en travail, diagnostiqua une insertion vicieuse du placenta, rompit prématurément les membranes et lui administra cinq doses d'ergot de seigle. Cette femme très affaiblie fut conduite à la Maternité le 11 octobre à 8 heures du soir. On apprit en l'interrogeant qu'elle a été réglée à l'âge de 13 ans, régulièrement, et qu'elle était multipare de son onzième enfant.

Par le palper, on trouvait un utérus fortement rétracté, masquant par la rigidité de ses parois, les caractères des parties fœtales et leur situation. *L'auscultation apprit que l'enfant était*

mort. Le toucher fit trouver un orifice limité par des bords très tendus, laissant une ouverture grande comme une petite pomme de main, les membranes rompues, laissaient sentir un sommet, s'engageant en O. I. D. P.

A côté de la partie fœtale, à gauche, on trouvait quelques cotylédons placentaires, pendant dans l'orifice utérin.

Cette portion du placenta décollée depuis longtemps, ne fournissait plus de sang. La malade était absolument décolorée, elle avait la température basse et le pouls fugace, et battant 144 fois à son arrivée, la température était dans l'aisselle de 35°.

On lui donna des grogs puis à la suite de l'intolérance de l'estomac, du lait. Pour activer le travail Mme Henry fit faire toutes les demi-heures des injections vaginales à 48°. Les bords de l'orifice gardèrent leur rigidité. A minuit la dilatation était comme la paume de la main.

La partie fœtale fortement poussée amena la dilatation complète à 3 h. 50 du matin. A ce moment la malade fit de violents efforts qui ne firent pas progresser le travail. La respiration devenait de plus en plus saccadée, la malade faisait des mouvements désordonnés.

Tout à coup la pâleur du visage s'accrut, la malade paraissait exsangüe, quoique il n'y eût aucune trace d'hémorrhagie externe. Mme Henry fit demander M. Crespin pour appliquer le forceps, celui-ci ne put faire progresser la tête, pendant ce temps on lui faisait des injections d'éther et de chlorure de sodium. L'état de la parturiente s'aggravant Mme Henry essaya de la délivrer en faisant la version qui fut très pénible, surtout au moment où la tête dut franchir le détroit supérieur. L'extraction du fœtus fut suivie de l'expulsion de plusieurs caillots qui avaient dû se former dans l'utérus, au moment où la malade présentait cette pâleur subite, à la fin de l'opération précédée de quelques instants la mort de cette femme, cette dernière avait eu 45 piqûres de chlorure de sodium et d'éther.

Le placenta était macéré et présentait comme l'enfant des traces de putréfaction, l'enfant du sexe féminin pesait 3900 grammes.

OBSERVATION VIII

Placenta prævia. Présentation du siège. Extraction faite par Mme Henry. Transfusion faite par M. Bouilly. Mort de la femme.

La nommée B... Ch..., âgée de 46 ans, multipare, est déjà accouchée de 4 enfants à terme; fut réglée pour la première fois à 14 ans et demi, toujours régulièrement. La dernière époque menstruelle date du 10 au 13 octobre 1885.

La grossesse fut accompagnée d'hémorrhagies; elle fit une chute pendant le cours de sa gestation.

Cette femme fut amenée en brancard le 20 juillet 1886 à 8 heures du soir. La sage-femme qui l'accompagnait nous apprit qu'elle perdait du sang depuis 3 mois, et qu'elle avait subi deux tamponnements en ville, les deux jours qui précèdent son entrée à la Maternité, mais que le sang s'écoulait au dehors malgré l'application du tampon. Elle était presque exsangüe; les muqueuses étaient décolorées.

En pratiquant le palper, on sentait au niveau de l'hypogastre une tumeur volumineuse qu'on reconnut pour être le siège, la tête était au fond de l'utérus.

L'auscultation ne révélait aucun bruit fœtal.

Au toucher, le col était court, largement ouvert, et très dilatable, on atteignait le placenta.

Mme Henry traversa le placenta, saisit un des pieds assez facilement, et fit à 8 h. 50 du soir l'extraction d'un fœtus mort et macéré, de sexe masculin, pesant 3550 grammes, et du terme de 9 mois. Mme Henry fit immédiatement la délivrance artificielle; on fit plusieurs injections intra-utérines très chaudes,

la femme ne perdit pas de sang ; mais elle avait de la dyspnée, était très agitée ; on lui fit plusieurs piqûres d'éther et on la réchauffa. Mais comme l'état de la malade ne s'améliora pas, Mme Henry fit prévenir M. Bouilly, qui arriva vers 11 heures et demie du soir ; à minuit environ, il commença la transfusion, et injecta dans une veine du membre supérieur 800 grammes de la solution d'eau distillée et de chlorure de sodium. Pendant cette opération même, et aussitôt après la malade ressentit un calme très grand qui dura $3/4$ d'heure environ ; puis l'agitation recommença avec la dyspnée, l'état de cette pauvre femme s'aggrava de plus en plus ; elle mourut le 21 juillet 1886 à 2 h. 45 du matin.

OBSERVATION IX

Placenta prævia. Fœtus et placenta momifiés par Harold Thompson. (British medical Journal, 1882, déc. p. 1 296).

Mme C..., âgée de 43 ans, mère de huit enfants vivants (la première grossesse avait été gémellaire) ; il y avait eu aussi une fausse couche de quatre mois. — Vint me consulter pour une hémorrhagie génitale, que j'attribuai à une insertion vicieuse du placenta. Elle était enceinte de six mois, la grossesse avait été normale jusque-là. L'hémorrhagie avait cessé quand je la vis et n'avait pas été excessive. J'ordonnai le repos complet et une « *Qallie acid mixture* ».

On devait m'envoyer chercher, si une nouvelle hémorrhagie survenait. Mais je n'entendis plus parler de mon cas jusqu'à l'expiration des neuf mois ; On me pria alors de venir, car l'accouchement ne se faisait pas et l'abdomen avait diminué de volume, d'une façon très marquée, la malade était très inquiète sur son état. J'appris alors, que depuis ma dernière visite cette femme

avait eu *un léger écoulement sanguin*, surtout pendant le septième et le huitième mois, et qu'à cette dernière période, elle avait perdu beaucoup d'eau; elle avait alors pensé que l'accouchement commençait, mais aucune douleur n'était survenue.

Depuis cette époque, elle diminua beaucoup de volume; les seins devinrent plus petits. *Toutes les semaines l'hémorrhagie s'était reproduite*, et à deux autres reprises il se fit un écoulement aqueux.

A l'examen, je trouvais l'abdomen et les seins flasques; l'utérus était volumineux, comme dans une grossesse de quatre mois; au toucher vaginal, qui causa un léger écoulement sanguin, je trouvai l'orifice utérin perméable au doigt et arrivai sur une masse pâteuse qui ressemblait beaucoup à une tumeur graisseuse. En conséquence, je me déterminai à dilater largement l'orifice, le jour suivant, et à pratiquer l'examen de la cavité utérine. Mais le lendemain, on m'envoya chercher de bonne heure. A mon arrivée, je trouvai le placenta, les membranes, le fœtus (du sexe masculin) expulsés *en masse, la momification était complète*. En ouvrant l'œuf, qui contenait très peu de liquide amniotique, je trouvai la tête du fœtus aplatie.

L'accouchement était dû, sans aucun doute, à mon examen de la veille; il fut des plus faciles *accompagné d'hémorrhagie* et de douleurs très faibles. Cette femme se rétablit parfaitement. Elle attribuait la mort de son enfant à une frayeur qu'elle avait eue au début de sa grossesse.

La mort ancienne du fœtus, sa momification et celle du placenta, n'ont pas empêché la production d'une série d'hémorrhagies avant le travail, ainsi que pendant l'accouchement.

OBSERVATION X (Depaul)

29 avril 1862. — S..., primipare, à terme, sommet, position inconnue, terminaison spontanée; poids 3000 grammes, enfant mort macéré, insertion partielle.

Traitement. — Tampon, rupture des membranes, seigle.

Première hémorrhagie le 24 mars, durée deux jours. Deuxième hémorrhagie trois semaines après, ne dure qu'une heure. Troisième hémorrhagie le 27 avril, dans la nuit, précédée de quelques douleurs utérines. D'abord sérieux, l'écoulement est assez léger dans la journée du 27; mais l'hémorrhagie devient plus abondante dans la nuit du 27 au 28. Arrêtée par une injection d'eau froide; réapparaît à 8 heures du soir le 28. Tamponnement; enlevé le 29 à 9 heures du matin; *rupture des membranes, cessation de l'hémorrhagie*, seigle ergoté. Accouchement spontané à 3 heures du soir le 29. Mère morte le 3 mai.

Accouchement le 29 avril d'un enfant mort et macéré. Dernières hémorrhagies le 27, le 28 avril; le 29 l'hémorrhagie s'arrête à la rupture des membranes.

OBSERVATION XI (Depaul)

20 octobre 1852. — Ph..., primipare, 7 mois, présentation du sommet et pied, position inconnue, terminaison spontanée, poids de l'enfant X, mort macéré, insertion partielle.

Traitement. — Tamponnement, seigle ergoté, rupture des membranes, hémorrhagie très abondante.

Le 19 octobre, tamponnement; enlèvement du tampon le même jour, plus d'hémorrhagie; seigle ergoté dans la nuit du 19 au 20,

rupture des membranes le matin : accouchement spontané. Malade sortie guérie le 30 octobre :

OBSERVATION XII (Depaul).

2 mai, 1852. — M... R..., multipare (6 accouchements précédents) à terme, sommet, position inconnue, terminaison spontanée, poids de l'enfant X, mort macéré; insertion centrale.

Traitement. — Tamponnement, rupture des membranes, traction préalable du placenta, seigle ergoté.

Première hémorrhagie faible le 5 avril; deuxième hémorrhagie plus forte le 12; troisième hémorrhagie abondante le 26; tamponnement le 27; enlèvement du tampon le 29; quatrième hémorrhagie le 1^{er} mai; tamponnement, enlèvement du tampon; cinquième hémorrhagie le 2, tamponnement; enlèvement du tampon, rupture des membranes, extraction du placenta engagé dans l'orifice, seigle ergoté, accouchement spontané.

Mère morte le 17 mai.

L'enfant naît le 2 mai; il est mort et macéré; or la dernière hémorrhagie a eu lieu ce même jour.

OBSERVATION XIII (D^r Kucher)

Une femme se présente avec un orifice, admettant deux doigts, et une poche déjà rompue. *Forte hémorrhagie, présentation de l'épaule.* Placenta saillant dans la vulve.

L'auteur pratique la version, et attire un pied, ce qui arrête l'hémorrhagie; le travail est abandonné à lui-même; au bout de

quatre heures, l'utérus expulse spontanément un fœtus macéré de sept mois, sans hémorrhagie nouvelle.

La mère guérit.

Dans cette observation, l'enfant était mort, au moment où il y a eu hémorrhagie, puisqu'il est né macéré.

Ici la rupture des membranes, n'a pas arrêté l'hémorrhagie, comme cela arrive d'habitude, mais il ne faut pas oublier qu'on a affaire ici, à une présentation de l'épaule, et que la rupture des membranes n'a amené l'engagement d'aucun pôle fœtal, qui pût faire office de tampon interne.

OBSERVATION XIV (D^r Kucher)

Chez une parturiente, on trouve la poche rompue, l'orifice large de trois doigts, rigide, avec de fortes douleurs, et une hémorrhagie abondante. Présentation de l'épaule. Les contractions s'opposent au succès de la version, et l'accoucheur est obligé de décapiter le fœtus, qui est âgé de sept mois et déjà macéré. La tête ne sort qu'une demie heure après l'extraction du tronc, suivie du placenta qui faisait saillie, à travers le col, au début de l'accouchement.

Cette observation mérite les mêmes remarques que la précédente.

OBSERVATION XV (Bitot, thèse).

Depuis trois heures, douleurs, écoulement des eaux, l'orifice laisse pénétrer deux doigts. Main gauche dans le vagin, tête à

gauche en haut. Siège à droite, en bas dans la fosse iliaque. Douleurs violentes. Fœtus fortement serré par l'utérus. Manœuvres externes et internes combinées ne peuvent modifier la position. Chloroforme. Tentatives nouvelles sans résultat aucun. Pas le moindre dérangement du fœtus. *Rupture de la poche artificielle.* L'orifice laissant passer avec peine trois doigts, très *tendre*. Douleurs fortes, très fortes. *Hémorrhagie considérable.*

Fœtus de sept mois *macéré*. Première présentation du tronc, en première position. Placenta descendant par un de ses bords presque dans le col. Version de Braxton. Hicks impossible, par suite de violentes contractions de l'utérus, même après l'administration du chloroforme. Pour arrêter l'hémorrhagie, on fit la décapitation du fœtus, sans grande difficulté.

Extraction du tronc, par traction sur un bras. La tête ne vient qu'une demie heure après, à cause de l'étroitesse de l'orifice et après administration du seigle ergoté.

Le placenta suivit la tête.

Endométrite au septième jour, transférée dans un service, à cause d'un érysipèle de la face.

Mêmes remarques que pour les observations du Dr Kucher.

OBSERVATION XVI (Bitot, thèse)

Septipare, huit mois de grossesse. *Rupture artificielle des membranes.* Peu de temps après, *forte hémorrhagie.* Au bout de trois heures, contractions violentes de l'utérus.

A l'examen, fait six heures après la rupture, j'ai trouvé un orifice de deux doigts, inextensible.

Fœtus en position transversale. — A droite, lambeau placentaire

détaché dans le vagin. L'hémorrhagie continuant, version de Braxton Hicks. Au bout d'une heure, un *fœtus macéré* de huit mois sortit spontanément, sans que l'hémorrhagie eût *reparu*. Couches normales.

OBSERVATION XVII

*Clinique obstétricale de l'hôpital Sainte-Eugénie de Lille.
Service de M. le professeur Pilat. Obs. recueillie par
M. Goethals, interne.*

Insertion centrale du placenta sur le col. Hémorrhagie utérine. Version podalique. Enfant mort depuis 24 heures. Thrombus de l'artère pulmonaire. Morte subitement.

Le 9 juin 1882, à minuit et 1/4, entre à la Maternité, la nommée B... Marie, âgée de 24 ans, primipare. Pâle, lymphatique, cette femme est de plus syphilitique.

Depuis 6 semaines elle aurait eu plusieurs hémorrhagies, assez abondantes; elle est à terme.

Au moment de son entrée, dans le cabinet de travail, elle éprouve les premières douleurs de l'enfantement, et presque aussitôt après elle perd du sang, en assez grande quantité.

L'interne constate que le col, presque complètement effacé, est dilaté de 2 centimètres; il reconnaît la présence du placenta, inséré sur l'orifice interne du col. Il pratique le tamponnement et l'hémorrhagie s'arrête.

L'auscultation ne fait reconnaître aucun battement du cœur fœtal. Diagnostic: Insertion vicieuse du placenta. Présentation du sommet en O. I. G. A. Enfant probablement mort.

Vers 7 heures et demie du matin, la femme expulse les tampons et quelques caillots, néanmoins l'hémorrhagie ne reparait pas.

A mon arrivée vers 8 heures, le col est dilaté comme une pièce de 5 francs, je constate la présence du placenta sur tout le pourtour de l'orifice du col, mais à droite il est décollé, dans une étendue de 3 centimètre de hauteur.

Pas de bruit du cœur fœtal, la femme, du reste, déclare qu'elle ne sent plus remuer son enfant depuis la veille au matin.

L'hémorrhagie commence à la suite de manœuvres, pour dilater le col utérin. Tamponnement.

A 4 heures du soir, la femme étant épuisée par la longueur du travail et les pertes de sang, je me décide à terminer l'accouchement. L'interne pratique la version podalique externe, puis j'ai rompu les membranes et extrait l'enfant, la tête dernière avec le forceps. Le fœtus pèse 4050 grammes, *il est macéré et l'épiderme se détache sur plusieurs parties du corps.*

OBSERVATION XVIII (Depaul)

25 mars 1882. — Au n° 10 se trouve une femme, qui fût prise dimanche dernier d'une hémorrhagie, et j'avais, en l'examinant à son arrivée, diagnostiqué une insertion vicieuse du placenta.

Elle avait été tamponnée, et avant hier j'enlevai le tampon en mettant la malade au repos absolu. Pendant la clinique même, on vint me chercher en toute hâte : l'hémorrhagie avait repris, avec une grande intensité, elle était positivement terrible. J'avais rompu les membranes pour essayer d'arrêter l'hémorrhagie en diminuant le volume de l'utérus, mais le sang continuait à couler abondamment.

Que fallait-il faire ?

[Le col était *dilatable*; vous observerez, en général, que ce fait

se produit à peu près chaque fois qu'a lieu une hémorrhagie (ou après une saignée du bras).

Chez notre femme, le placenta se trouvait implanté directement ou à peu près sur le col, et bouchait absolument le passage. Il était cependant urgent de vider le plus rapidement possible l'utérus, afin d'essayer d'arrêter ainsi l'hémorrhagie.

Deux moyens : le procédé de Simpson, mais l'on est sûr de tuer l'enfant.

Dans le cas actuel, il est vrai, cette raison ne pouvait être mise en ligne de compte, *car l'enfant était mort avant le travail.*

J'ai préféré m'adresser au second moyen : j'ai, pour terminer l'accouchement, introduit la main dans l'utérus, en traversant le placenta qui me fermait le passage. J'ai trouvé un pied et je l'ai entraîné à l'extérieur où je l'ai fixé par un lac, les jambes et le tronc sont sortis, il ne restait plus que la tête j'ai alors introduit un doigt dans la bouche et j'ai enfin extrait l'enfant. L'hémorrhagie s'est arrêtée. La femme va assez bien aujourd'hui.

OBSERVATION XIX (Rigby)

Le 29 décembre, 1772 sur les six heures du matin, je fus appelé pour une femme pauvre, nommée Fréeman, qui depuis plusieurs heures, avait une hémorrhagie tellement considérable, que je la trouvai presque mourante. Elle avait auprès d'elle une sage-femme. En examinant la malade, je trouvais l'orifice assez ouvert et le placenta situé sur le col ; je me déterminai à employer la version. Quoique le bassin fût resserré, j'introduisis ma main dans l'utérus, et fit la version de l'enfant avec assez de facilité ; je l'amenai même au dehors jusqu'au cou. Mais la tête resta si fortement serrée, entre les os du bassin, que quoique je portasse mes doigts, dans la bouche de l'enfant (la face était tournée vers le sa-

crum), et qu'en même temps je fisse de fortes tractions sur le tronc, la tête n'en demeura pas moins immobile, de sorte que les vertèbres du cou finirent par céder. Ayant fait appeler un de mes confrères, il fit plusieurs tentatives qui n'eurent pas plus de succès que les miennes. Nous convinmes donc qu'il n'y avait d'autre parti à prendre, pour faire passer la tête, que d'en diminuer le volume, en évacuant le cerveau. Il proposa de percer le crâne par la voûte du palais; il essaya d'y introduire la pointe d'une paire de ciseaux; je m'efforçais d'en agrandir l'ouverture, mais inutilement.

Après avoir parcouru avec le doigt la région accessible de la tête, je jugeai qu'il serait possible de plonger un instrument courbe derrière l'oreille. Mais comme nous n'avions que des ciseaux droits, je ne pus m'en servir pour cette opération. On remarquera, *que l'enfant était mort et presque putréfié*: c'est sans doute pourquoi les vertèbres du cou se sont si facilement séparées, lorsque j'ai tenté d'extraire la tête. Le tissu du cuir chevelu étant extrêmement lâche, j'enfonçais après beaucoup de difficultés, l'extrémité d'un crochet mousse au-dessous de l'os temporal, j'en agrandi l'ouverture au moyen du doigt, et je parvins à retirer quelques portions du cerveau, et l'on fit l'extraction de la tête. Mais la fatigue extrême que la femme avait éprouvée et la perte de sang qu'elle avait eu, avant l'opération, l'avait tellement affaiblie qu'elle mourut le lendemain matin.

OBSERVATION XX (Legroux)

Une femme âgée de 30 ans environ, entre à l'hôpital Beaujon, dans les premiers jours d'avril 1852.

Elle est malade depuis quinze jours.

Arrivée vers le terme d'une grossesse, elle a perdu beaucoup

de sang liquide et en caillots; dans cet intervalle, les *mouvements de l'enfant ont cessé.*

Lors de son entrée à l'hôpital, elle perd encore, mais modérément; robuste et bien constituée, elle a pâli et s'est un peu affaiblie.

L'utérus offre le développement d'une grossesse à terme; son col dilaté à recevoir l'extrémité du doigt n'offre rien d'anormal.

Repos horizontal, injections astringentes froides; boissons astringentes.

Pendant quelques jours, la perte se calme, puis se reproduit sans cause appréciable, plus abondante, et suivie d'un sentiment de faiblesse et d'anéantissement.

Le lendemain, je demande l'avis de M. Robert, chirurgien de l'hôpital. Au toucher et au spéculum nous constatons une sorte de saillie, de prolongement, de la lèvre postérieure du col; le doigt en pénétrant dans l'orifice, perçoit la sensation d'une substance spongieuse; le sang est arrêté.

La femme bien que pâle et faible, supporte sans malaise ce double examen dans la position horizontale et verticale.

Nous sommes d'avis, de provoquer les contractions utérines à l'aide du seigle ergoté; toutefois la médication n'est pas encore commencée, quand vers la fin de la journée, sans pertes nouvelles, la femme succombe inopinément dans une défaillance.

Autopsie. — Le placenta est inséré en plein sur le col, remontant cependant plus (deux tiers environ) sur la paroi postérieure que sur l'antérieure; il est ramolli, d'un rouge pâle, brunâtre, décomposé, sans fétidité néanmoins, se détache facilement; des lobes de ce corps spongieux, introduits dans le col, s'étalent sur la paroi et la lèvre postérieure avec lesquelles ils semblent se confondre, et dont pendant la vie, ils paraissaient être la continuation. Fœtus en voie de décomposition; aucune lésion viscérale qui puisse expliquer la mort inopinée.

OBSERVATION XXI (résumée, Pinard)

LE Brossard, 30 juin 1885. sixième grossesse, enceinte de 7 mois 1/2. Hémorragies quinze jours avant l'accouchement, tous les jours, *hémorragie débutant quelques heures avant l'apparition des premières douleurs*. L'hémorragie continuant, on rompt artificiellement les membranes de la dilatation d'une pièce de 2 francs ; l'hémorragie s'arrête. *Quatre heures après, expulsion d'un fœtus très macéré* (pas de syphilis). Membranes 5/25. Sortie huit jours après.

Dans les faits que nous venons de présenter, nous n'avons pas toujours pu préciser, la date de la mort du fœtus. Mais toutes ces observations que nous avons réunies, il n'est pas douteux, que des hémorragies se sont produites, après la mort du fœtus. L'état de macération du fœtus signalé dans tous ces cas, moins deux, indique que sa mort remontait à des époques très variables, qu'il nous est impossible de déterminer. Mais ces époques sont incontestablement antérieures, au moment des dernières hémorragies, se produisant pendant le travail et la délivrance.

« Les phénomènes qui caractérisent la macération semblent être toujours identiques, mais ils se succèdent
« avec une rapidité plus ou moins grande sans qu'on
« puisse toujours préciser les raisons de ces différences :
« âge de la grossesse, cause de la mort... Pendant les
« deux premiers jours l'aspect du fœtus ne paraît guère
« changé (1).

1. Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, t. II. p. 368.

Or si les modifications dans l'aspect du fœtus, ne commencent à être manifestes que vers le troisième jour, on peut penser que les fœtus déclarés macérés, étaient morts au moins depuis deux jours. Cela nous suffit pour repousser toute idée d'influence immédiate de la mort du fœtus sur la circulation utérine au niveau du placenta. Mais à côté de ces faits, il est des considérations générales, qui prouvent bien que la mort du fœtus, n'est pas une cause habituelle d'arrêt de l'hémorrhagie en cas de placenta prævia: on sait, combien d'une part est fréquente la mort du fœtus; on sait aussi d'autre part combien est fréquente l'hémorrhagie. Or si celle-là empêchait celle-ci, la fréquence de l'hémorrhagie serait en raison inverse de la fréquence de la mort du fœtus.

L'observation clinique est loin de démontrer cela. Aussi en terminant ce travail poserons-nous comme conclusion que :

CONCLUSION

Dans les cas de placenta proevia, l'hémorrhagie peut se produire, bien que le fœtus soit mort et macéré.

Vu : Le Président de la thèse,

DAMASCHINO

Vu : le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUVARD. — Thèse d'agrégation, 1886.
- BARNES R. ET F. — Traité des accouchements.
- BARNES R. — Leçons sur les opérations obstétriques, Trad. Cordes, 1873.
- BITOT (Paul). — Contribution à l'étude du mécanisme et du trait. de l'hémorr. lié à l'ins. vic. du Plac., Th. P., 1880.
- CAZEAUX. — De l'hémorragie tociq. Th. P., 1835. Traité de l'art. des accouchements, 1870.
- CHARPENTIER. — Traité de l'art. des accouchements.
- DEPAUL. — Clinique obstétricale. Journal des sages-femmes, 1882, 1883 ; Gaz. des hôpit., 1883.
- DELORE. — Annales de gynécologie, 1882. Vol. XVIII.
- DUNCAN. J. M. — Mécanisme de l'accouchement normal et pathologique. Trad. par Budin., 1876.
- GUILLEMEAU (Ch). — De la grossesse et accouchement des femmes, 1571.
- GOETHALS. — Journal des sages-femmes, 1882.
- JACQUEMIER. — Manuel des accouchements.
- KÜCHER. — Revue d'Hayem, T. 16. Vien ou med. Presse, n° 19, 1880.
- LACAILLE. — Thèse de Paris, 1883.
- LEGROUX. — Archives générales de médecine. Décembre 1855.
- LEVRET. — Accouchement, 1766.
- MOREAU. — Voyez, thèse de Cazeaux, 1835.
- MERCIER. — Journal de médecine, tome 55.
- MOUTET. — Moniteur des sciences médicales, 1860.
- PLUYETTE E. — Aperçu historique sur l'ins. vic. du pl. Thèse de Paris, 1883.
- PUZOS. — Traité des accouchements, Paris, 1759.

PINARD. — De la rupture prématurée, dite spontanée des membranes de l'œuf humain. p. 1886.

RIGBY. — Nouveau traité sur les hémorrhagies de l'utérus d'Edouard Rigby et de Stewart Duncan, traduit par Madame veuve Boivin.

SIMPSON ET CHANTREUIL. — Clinique obstétricale, 1874.

SIMPSON. — Traitement des hémorrhagies utérines par l'extraction du placenta. Lond. Med. gaz.

TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art des accouchements.

THOMPSON. — Brit. med. J. London, 1882, p. 1296.

